

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1961

THÈSE

N°

738

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Simone, Suzanne AUGUSSEAU

née le 4 mai 1935 à PARIS XV°

Présentée et soutenue publiquement le

RUPTURES TRAUMATIQUES DE LA RATE
DANS LES TRAUMATISMES FERMES THORACO-ABDOMINAUX
(A propos de 14 observations)

Président : M. J. GOSSET, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V°

FACULTE de MEDECINE de PARIS

ANNEE 1961

N°

THESE

pour le

DOCTORAT en MEDECINE
(Diplome d'Etat)

par

AUGUSSEAU Simone Suzanne

née le 4 Mai 1935 à PARIS XV°

Présentée et Soutenue publiquement le

1961

Ruptures traumatiques de la rate
dans les traumatismes fermés thoraco-abdominaux
(à propos de 14 observations)

Président : Monsieur J. GOSSET, Professeur

A mon mari

A mes filles

A mes parents et beaux-parents

A Monsieur le Professeur Jean Gosset

Professeur de Clinique Chirurgicale

qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la pré-
sidence de cette thèse

A Monsieur le Docteur George

Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et qui nous a
guidé avec une constante
bienveillance.

Nous lui adressons l'expression
de notre vive reconnaissance
et de notre respectueux dé-
vouement.

A mes maîtres de l'Ecole de Médecine
et de Pharmacie d'Angers

1-0-1960

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A.), BENARD (H.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.),
CHABROL (E.), CHAMPY (C.), DEBRE (R.), GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.),
HALPHEN (E.), HAZARD (G.), HEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.),
LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.),
MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), OLIVIER (E.),
PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS, RICHET (C.), STROHL (A.),
TANON (L.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE.

I. - PROFESSEURS

MM.
Anatomie DELMAS (A.)
Anatomie pathologique DELARUE (J.)
Anesthésiologie BAUMANN (J.)
Biochimie médicale JAYLE (M.F.)
" " (Prof^r à titre personnel ETTORI (J.)
" " (Prof^r à titre personnel SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports CHAILLET-BERT P.
Biologie médicale FAUVERT (R.)
" " (Prof^r à titre personnel) BOURLIERE (F.)
Cancérologie médicale et sociale BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais) MOUQUIN (M.)
" (Beaujon) SICARD (A.)
" (Cochin) N.
" (Hôtel-Dieu) PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales... (Pitié) CORDIER (G.)
" (Saint-Antoine) GOSSET (J.)
" (Salpêtrière) MOULONGUET (P.)
" (Tenon) LORTAT-JACOB (J-L)
Clinique de chirurgie in- (Enfants-Malades) FEVRE (M.)
fantile et orthopédique
Clinique chirurgicale ortho- (Cochin) MERLE D'AUBIGNE R.
pédique et réparatrice
Clinique de chirurgie cardio- (Broussais) GAUDART-D'ALLAINES
vasculaire (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro- (Laënnec) MATHEY (J.)
pulmonaire
Clinique endocrinologique (Pitié) DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades) LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca) FUNCK-BRENTANO P.
Clinique des maladies cutanées (Saint-Louis) DEGOS (R.)
et syphilitiques
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades) CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) MOULARET (P.)
Clinique des maladies mentales et (Sainte Anne) DELAY (J.)
de l'encéphale
Clinique des maladies métaboliques (Necker) HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais) MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) N.

	(Bouicaud	LENEGRE (J)
	(Broussais	SOULIE (P)
	(Cochin	JUSTIN-BESANÇONO (L)
Cliniques médicales:	(Cochin	BROUET (G)
	(Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
	(Pitié	DREYFUS (G)
	(Saint-Antoine	KOUFILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie	(Bichat)...	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique (Broussais).....	GENNES (L.de)	
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des ma-		
ladies de la nutrition -Hôtel-Dieu).....	DEROT (M)	
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M)	
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R)	
Cliniques obstétricales (Baudelocque.....	LACOMME (M)	
	(Foch (Suresnes).....	MEKGER (R)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)...	VARANGOT (J)	
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu).....	RENARD (G)	
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière).....	Aubry (M)	
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St V.de Paul)	LELONG (M)	
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades).....	MARIE (J)	
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec).....	BERNARD (E)	
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière).....	MICHAUX (L)	
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin).	COSTE (F)	
Clinique stomatologique (Pitié).....	DECHAUME (M)	
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard).....	N.	
Clinique thérapeutique médicale (St Antoine)	LEMAIRE (A)	
Clinique urologique (Cochin).....	N.	
Embryologie.....	GIROUD (A)	
" (Prof. à titre personnel).....	TUCHMANN-DUPLISSIS (H)	
Histoire de la médecine et de la chirurgie.(Laribois.)	SEZE (S.de)	
Histologie	VERNE (J)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R)	
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON (P)	
" " (Profr à titre personnel)...	DEPARIS (M)	
Médecine du travail.....	DESOILLE (H)	
Médecine légale.....	PIEDELIEVRE (R)	
Microbiologie (bactériologie & virologie).....	FASQUELLE (R)	
Parasitologie	GALLIARD (H)	
" " (Profr à titre personnel).....	BRUMPT (L-C)	
Pathologie chirurgicale.....	COUVELAIRE (R)	
" " (Profr à titre personnel).....	LAURENCE (G)	
Pathologie exotique	LAVIER (G)	
Pathologie expérimentale & comparée	MERKLEN (F-P)	
Pathologie médicale	MILLIEZ (P)	
Pathologie respiratoire.....	TURIAF (F)	
Pathologie & thérapeutique générales.....	BOUDIN (G)	
Pharmacologie	CHEYMOL (J)	
" " (Profr.à titre personnel)	LEVY (Mlle J)	
Physiologie	BINET (L)	
" " (Profrs à titre personnel.)	(BARGETON (D)	
	(PARROT (J)	
Physiologie et pathologie obstétricale.....	LEPAGE (F)	
Physique médicale	DOGNON (A)	
" " (Profr à titre personnel.).....	DJOURNO (A)	
Radiologie médicale.....	DESGREZ (H)	
Technique chirurgicale & chirurgie expérimentale.....	LEGER (L)	
Thérapeutique.....	CONTE (M)	

II. PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES & MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie.....	(CABROL (C) (COUINAUD (C) (OLIVIER (G)	Ophtalmologie	(BREGEAT (P) (SARAUX (H)
Anatomie pathologique:		Orthopédie.....	(JUDET (R) (RAMADIER (J)
(Mlle P. GAUTHIER-VILLARS)		Oto-rhino-laryngo....	DEBAIN (J)
(pr.s.ch.		Parasitologie.....	CHABAUD (A)
(BUSSER (F)		(BARCAT (J)	
(GOUYGOU (Ch)		(BINET (J.P)	
(ORCEL (L)		(CAUCHOIX (J)	
(PAILLAS (J)		CHATELIN (C.L)	
Anesthésiologie.....	VOURC'H (G)	(DUBOST (Ch)	
(BARBIER (P)		Pathologie chirurgicale:	(DUBOST (Cl.)
Bactériologie.....	(CHRISTOL (D) (TOURNIER (P)	(FAUREL (J)	
(DESGREZ (P)		(FRABEAU (F)	
Biochimie médicale:	(pr.s.chaire. (POLONOSKI (J) (m.de conf.)	(GERMAIN (A)	
Biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports:		(LOYGUE (J)	
PLAS (F)		MERCAPIER	
CARCinologie.....	(DENOIX (P) (MATHE (G)	(PERROTIN (J)	
Dermato-Syphiligraphie:	DUPERRAT B.	ROBERT (H)	
Electro-Radiologie:	Ledoux-Lebard G.	THOMERET (G)	
Hématologie.....	(BILSKI-PASQUIER (G) (DUSSET (J)	Pathologie exotique:	SCHNEIDER (J)
(COUJARD R.pr.s.ch		(CROSNIER (J)	
Histologie.....	(MAROIS (M) (RACADOT (J)	(HARTMANN (L)	
Hydrologie.....	CORNET (A)	(LOEPER (J)	
Hygiène.....	(Boyer (J)pr.s.ch. (Corre-Hurst (MmeL)	(MAURICE (J)	
Maladies infectieuses	(Bastin (R) (DUPONT (V)	(RICHET (G)	
(DEROBERT (L)pr.s.c.		(AUSSANAIRE (M)	
Médecine légale	(HADENGUE (A) (FOURNIER (E) (GUENIOT (M)	(BOUR (H)	
Médecine du travail...	ALBAHARY (C)	(BOUVIER (J)	
Neurologie.....	LHERMITTE (F)	(BOUVRAIN (Y)	
.../...		(BRICAIRE (H)	
		Pathologie médicale:	(BRISSAUD (H)
		(BROCARD (H)	
		(BUGE (A)	
		(CASTAIGNE (P)	
		(m.de conf.)	
		(CATINAT (J)	
		CONTAMIN (F)	
		(COURY (C)	
		(FREZAL (J)	
		(HOUSSET (E)	
		(LAROCHE (Cl.)	
		LESOBRE (R)	
		(MACREZ (C)	
		.../...	

	(GRANJON (A)	Pathologie médicale: NICK (J)
	(HERVET (E)	(suite,) PEQUIGNOT (H)
Obstétrique.....	(LE LORIER (G)	(pr.s.ch.)
	(MORIN (P)	ROYER (P)
	(MUSSET (R)	WOLFROMM (R)
	(ROBEY (M)	
	(THOYER-ROZAT (J)	Pneumo phtisiologie..KREIS (B)
	(JOSEPH (R)	Psychiâtrie.....PICHOT (P)
Pédiatrie-	(MANDE (R)	Psychiâtrie infantile DUCHE (D)
Puériculture...	(MOZZICONACCI (P)	Rhumatologie.....DELBARRE (F)
	(POLONOVSKI (C)	(CERNEA (P)
	(ROSSIER (A)	Stomatologie.....(CHAPUT (Mme A)
		(m.c.agr.)
Pharmacologie...	(BOISSIER (J)	(GRELLET (M)
	(LECHAT (P)	
Physiologie.....	DEJOURS (P)	Thérapeutique.....(CHASSAGNE (P)
		(LAMOTTE (M)
Physique médic.	(GOUGEROT (L)	Urologie..... QUENU (L)
	m.de c/PR.S.CH.	
	(KELLERSHOHN	

III. PROFESSEURS SANS CHAIRE & AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie.....	DEBEYRE		
	(ABOULKER (P)	Clinique	(GRASSET (J)
	AMELINE pr.s.ch.	obstétricale....	(MAYER (M)
Clinique chi-	(HUGUIER (J)		(RAVINA (J)
rurgicale:.....	(OLIVIER (C)	Clinique	(DESIGNES (P)
	(PADOVANI (P)	ophtalmologique:	(OFFRET (G)
	(POILLEUX (F)	Oto-rhino-laryngo...	MADURO (R)
	(ROUX (M)	Clinique pédiatrique & puéricultu-	
	(VERNE (J-M)	re.....	LAPLANE (R)
Clinique médicale	(DOMART (A)	Clinique psychiatrique:	BARUK (H)
	(PERRAULT (M)	Clinique urologique:....	KUSS (R)
	RAMBERT (P)	Médecine légale:.....	GAULTIER.
	(THIEFFRY (S)		

IV. PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES.

Bactériologie...	HAUDUROY (P)Pr.s.ch.
	RUDLER (J)Pr.s.ch.

V. CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE & UNIVERSITAIRE:

BOLTANSKI (E)
LAUNAY (C)

Secrétaire général de la Faculté... M.LENA (J)
Secrétaires..... Mme BEURLAND (H), Mlle CHANTREUIL
& Mme ROCHE (L)
Conservateur en chef..... Mr le Docteur HAHN (A)
Conservateur..... Mlle DUMAITRE (P)
Bibliothécaires..... (Mmes CONTER (J), FORGET (F)
(Mlles LAURENT (H), LE NOIR (G) &
(QUIEVREUX (E)

RUPTURES TRAUMATIQUES DE LA RATE
DANS LES TRAUMATISMES FERMES
THORACO-ABDOMINAUX

(à propos de 14 observations)

INTRODUCTION

Au cours de ces dernières années nous avons eu l'occasion de traiter avec une fréquence inhabituelle un certain nombre de blessés d'une rupture de la rate. 14 observations ont pu être ainsi recueillies. Elles concernent exclusivement des traumatismes fermés thoraco-abdominaux (une rupture de rate par balle observée dans le même temps n'a pas été mentionnée dans ce travail de même qu'une autre observation de rupture de rate en deux temps par traumatisme fermé où nous avons été le témoin de l'accident, sans participer de manière directe au traitement)

Après avoir exposé nos observations détaillées, nous les analyserons pour étudier les facteurs étiologiques, l'anatomo-pathologie de la rupture de la rate et les lésions associées.

Nous ferons ensuite l'analyse de la symptomatologie afin d'en retenir les points communs qui permettent d'aboutir au diagnostic.

Différents aspects des ruptures de rate, certes classiques, ont été observés, nous les dans un certain nombre de formes cliniques qui nous paraissent à retenir.

Le traitement de la rupture de rate est indiscutablement la splenectomie, mais nous exposerons ses modalités et les problèmes qu'elle soulève du point de vue technique.

S'y rattachant, l'anesthésie et la réanimation de ces blessés seront étudiées, puis l'évolution post-opératoire.

Enfin les conséquences de la splenectomie et son incidence médico-légale seront brièvement abordées.

Tous ces différents chapitres auront fait l'objet d'une étude comparative avec les données classiques et les articles d'externes qui se sont intéressés à cette question en général sur des points particuliers. Ce qui nous permettra, malgré la modeste importance de notre expérience basée sur ces 14 cas, d'exposer les conclusions de notre travail.

OBSERVATIONS

Monsieur DER.... Henri, 23 ans a été victime d'un accident de la voie publique dont les conditions n'ont pas été précisées, le 3 Juillet 1955.

A son arrivée en milieu chirurgical il présente:

- une contusion cérébrale avec ecchymose orbitaire bilatérale,
- une contusion de l'épaule gauche,
- un syndrome hémorragique s'installe rapidement après l'accident et très intense (pouls rapide, extrémités froides, soif)

La palpation révèle une douleur de la région splénique accompagnée d'une matité importante de cette région. Il n'est pas possible de tenir compte des signes fonctionnels chez ce malade aussi choqué et commotionné.

Après groupage, examen radiologique du crâne et de l'épaule gauche qui montre une fracture du col de l'omoplate, une laparatomie pour rupture de rate probable est décidée.

Compte-rendu opératoire :

Médiane sus-ombilicale. Sang abondant intra-péritoneal (2l) dû à un éclatement de la rate.

Splénectomie assez difficile car la rate s'exteriorise mal. Fermeture au nylon sur drainage.

Les suites opératoires sont bonnes. La température normale les premiers jours s'est légèrement élevée à 38 les 5ème et 6ème jours, pour retomber à 37 par la suite. Le pouls accéléré à 120 a retrouvé le rythme normal après 48 heures.

Le jeune LEM..... Alexis, 9 ans, tombe de bicyclette le 27 Juillet 1956. Il heurte son guidon au niveau de l'hypocondre et de la base thoracique gauche.

A la suite de cet accident le blessé est vu à deux reprises par son médecin au cours de la matinée, qui l'envoie en milieu chirurgical, son état s'étant aggravé.

Le transport s'effectue assis, les parents font lever le blessé à son arrivée et celui-ci fait alors une syncope.

A l'examen, on note une grande paleur, un état de shock important. Malgré cet état syncopal le pouls est à 72 et sa tension est à 14/9.

La palpation révèle une douleur de l'hypocondre et de la région épigastrique. A la percussion on note une matité de la partie supérieure de l'abdomen, d'un hypocondre à l'autre.

Etant donné les conditions du transport et l'état de shock on décide de surseoir et de surveiller l'évolution.

Dans la soirée, soit 10 à 12 heures après l'accident, l'état général ne s'améliorant pas, on décide d'intervenir malgré la conservation d'une T.A. à 14/9 (a reçu une transfusion) et d'un pouls à 90.

On note deux symptômes nouveaux : douleur dans la fosse iliaque droite et douleur de l'épaule gauche.

La numération demandée indique 3.600.000 globules rouges et 11.900 globules blancs.

COMPTE-RENDU OPERATOIRE :

Médiane sus-ombilicale.

Important épanchement sus-méso-colique avec des caillots expliquant la matité. On se rend compte sans difficulté qu'il s'agit d'un éclatement de la rate. On empaume le viscère dont le pôle inférieur est détaché jusqu'au hile pour faire l'hémostase. Le foie est vérifié et intact. La rate n'est plus fixée dans sa loge que par un voile péritoneal postérieur. Dans ces conditions on procède de proche en proche à l'hémostase des différents pédicules pour faire la splenectomie. L'intervention est conduite sous perfusion, sans hémorragie supplémentaire notable.

Le reste de l'abdomen ne montre pas d'autres lésions.

Fermeture des brèches épiploïques qui pourraient être dangereuses. Drain dans la loge splénique. Fermeture du péritoine au catgut.

Nylon sur la gaine des droits.

Pièce opératoire : tout le pôle de la rate est éclaté. Rate à pédicule court et étalé.

Les suites opératoires ont été simples. 500cc de sang citraté sont perfusés. Après une élévation thermique à 38,5 les deux premiers jours, accompagnée d'une accélération du pouls à 100, la température est redevenue normale ainsi que le pouls jusqu'à la sortie de l'enfant le 6 Août 1956, dix jours après l'accident.

Monsieur CHA..... René, cultivateur, âgé de 43 ans, est victime avec son épouse du même grave accident d'automobile le 19 Août 1957.

A son admission en milieu chirurgical, il présente un état de shock important avec paleur extrême (pouls accéléré, mais T.A. subnormale 13/11).

A l'examen il présente :

- une fracture de la clavicule droite,
- une douleur de l'hypocondre gauche très vive.

L'hypothèse d'une rupture de rate est évoquée devant l'importance des signes de shock accompagnée de douleurs de l'hypocondre gauche.

Le blessé est réanimé par perfusion de 500cc de sang, suivie de subtosan et mis en observation.

Les radiographies (faites au lit : clichés de qualité médiocre) montrent avant le diagnostic et l'intervention :

- une légère ascension de la coupole diaphragmatique gauche qui atteint le niveau de la coupole droite et masque la pointe du coeur,
- un cul-de-sac costo-diaphragmatique normal,
- une région de projection splénique avec des images opaques et claires non homogènes, l'absence d'image de poche à air gastrique.

Le lendemain on constate à l'examen que l'état du blessé est resté stationnaire, mais qu'il existe toujours une douleur de l'hypocondre gauche avec irradiation à l'épaule gauche.

Brutalement dans la soirée du 20 Août, soit 36 heures environ après l'accident, le blessé est pris d'une douleur extrêmement violente de l'hypocondre gauche.

Il présente des signes de shock très importants (pouls et T.A. imprenables, dyspnée).

A l'examen, la palpation entraîne une douleur violente de l'hypocondre gauche avec irradiation à l'épaule gauche.

La percussion révèle la matité du flanc gauche et de la région épigastrique.

Le T.R. est douloureux :

Un tel tableau clinique décide à intervenir.

Compte-rendu opératoire :

Médiane à cheval sur l'ombilic. Importante quantité de sang à l'ouverture du péritoine. Sang noir et des caillots. On est toujours gêné par une importante dilatation du grêle et du colon qui sont énormes. Avec beaucoup de difficultés on arrive à préciser que c'est la rate qui est responsable de cet hémopéritoine. En effet il existe une déchirure au niveau du pôle supérieur de la capsule. Aussi est-on obligé de brancher une incision allant vers

la base thoracique gauche et resequant le cartilage costal. Malgré ce large jour, on a beaucoup de difficultés à faire la splénectomie. On est obligé de travailler à bout de doigt : le pédicule est court accolé contre la grande courbure de l'estomac et infiltré d'hématome et de caillots.

Splénectomie, ligature du pédicule au catgut chromé 2.

Ablation de tous les caillots de la loge splénique.

Il existe, d'autre part, un gros hématome de la loge péri-rénale gauche auquel on ne touche pas.

On vérifie le colon, il n'est pas ecchymotique. Il ne semble pas y avoir de rupture du tube digestif, ni intra ni sous-péritoneale.

En fin d'intervention, on est obligé de libérer les adhérences entre l'épiploon et la paroi-abdominale, séquelles de la cicatrice d'appendicectomie.

Une mèche est tassée dans la loge splénique car l'hémostase tout en étant satisfaisante laissait persister un suintement léger.

Cette mèche sort par une contre incision gauche.

Fermeture en 2 plans au catgut chromé et au nylon.

Dans l'aspirateur I l 500 de sang.

Les suites opératoires ont été marquées par des phénomènes infectieux sévères, avec signes de localisation à la base thoracique gauche. La localisation d'une suppuration à staphylocoque affirmée par ponction thoracique basse a été incertaine. Une image hydroaérique sur un dernier cliché peut être interprétée plutôt comme une image d'abcès sus-phrénique gauche que comme un abcès pulmonaire.

Cependant malgré le débridement, l'altération de l'état général a entraîné la mort du blessé 15 jours après l'accident.

Les numérations successives ont montré un chiffre satisfaisant de 4.000.000 de globules rouges et une leucocytose de l'ordre de 15.000 globules blancs dont 85% de polynucléaires.

Malame CHA.... Marie-Louise, cultivatrice, âgée de 42 ans est victime en même temps que son mari le 19/8/57, d'un accident d'automobile.

A son arrivée en milieu chirurgical, elle présente un état de shock très important (pouls très accéléré, tension imprenable,) pâleur impressionnante.

A l'examen, elle présente:

- une plaie du genou gauche sur la face externe latéro-rotulienne,
- une fracture du fémur gauche,
- des plaies de la face principalement au niveau du front,
- enfin des fractures de toutes les côtes gauches, sauf la première.

L'examen de l'abdomen montre une douleur très importante de l'hypocondre gauche, ainsi qu'une défense de la paroi à ce niveau. On ne note pas de matité de la région splénique.

La radiographie thoracique demandée montre une très nette surélévation de l'hémi-coupole diaphragmatique gauche avec une image aérique intra-thoracique semblant être la poche à air.

Etant donné l'état de choc de la blessée on pratique une réanimation immédiate I l 500 de sang, avant de se décider à opérer, pensant à une hernie diaphragmatique traumatique accompagnée peut-être d'une hémorragie interne par rupture de rate.

Compte-rendu opératoire:

L'intervention est pratiquée 8 heures après l'arrivée.

Petite incision médiane sus-ombilicale agrandie en une longue oblique du flanc, resequant les cartilages costaux.

On a la surprise de ne rien trouver dans l'abdomen: en particulier pas de sang.

Par contre, l'estomac semble attiré dans le thorax. On ne voit en effet que la région pylorique sous le diaphragme complètement détendu.

En attirant l'estomac, on s'aperçoit que toute la portion verticale s'est herniée à travers une large brèche de la coupole diaphragmatique gauche au dépens de la partie postérieure du diaphragme. Cette brèche transversale mesure de 12 à 15 cm de long.

A ce moment, on constate l'existence d'une rupture complète de la moitié supérieure de la rate, le pédicule et la région polaire inférieure étant restées dans l'abdomen. Hémostase du pédicule.

Après avoir enlevé ce petit morceau de rate, on passe la main très facilement dans le thorax et on y trouve le reste de la rate qui surnage dans le sang, complètement désinsérée de son pédicule. Etanchage du sang. Fermeture de la plaie diaphragmatique au nylon n°1. Le versant postérieur de cette déchirure est à 3-4 cm de l'insertion des piliers.

Vérification de l'abdomen. Fermeture en deux plans au catgut chrome et nylon.

On tourne la malade sur le côté droit et on met un drain dans le cul-de-sac costo-diaphragmatique.

On termine par parage de la plaie du genou qui n'est pas articulaire. On ponctionne l'hémarthrose. Mise en place d'une broche trans-tibiale.

Suites opératoires:

Suites opératoires troublées par la constitution d'un épanchement pleural, purulent à staphylocoques dorés.

Le drain mis pendant l'intervention s'étant obturé, on en met un autre qui permet d'évacuer cet épanchement (150 CC par jour, puis 25 à 50 CC) Le drain est enlevé le 10 octobre soit 22 jours après l'intervention.

De plus, les différentes numérations globulaires et formules sanguines pratiquées au cours des suites opératoires ont montré une légère anémie qui a oscillé entre 3.840.000 et 3.400.000 globules rouges. La leucocytose dans ce cas s'est abaissée progressivement de 17.400 globules blancs dont 86 % polynéutrophiles et à 9.200 dont 70 polynéutrophiles le 9/9/57.

40 jours après l'accident, toute suppuration est tarie; elle avait 3.500.000 globules rouges avec 14.000 globules blancs dont 57 % polynéutrophiles.

La fracture spiroïde de la diaphyse fémorale gauche a été traitée par extension continue puis appareil plâtre avec un résultat satisfaisant.

Mme ROC.... Simone, âgée de 33 ans, est victime le 4 Septembre 1957, dans l'après-midi, d'un accident de la voie publique. Alors qu'elle circulait à mobylette, elle est heurtée violemment par une automobile. Elle perd connaissance et est transportée en milieu hospitalier.

A son arrivée, elle a repris connaissance mais reste très obnubilée et assez shockée.

A l'examen, elle présente:

- une plaie du cuir chevelu dans la région occipitale gauche,
- une contusion de l'épaule droite.

La radiographie du crâne ne décèle rien d'anormal.

La malade est cependant gardée en observation quelques jours.

Le 6/9/57, à l'occasion d'un changement de position, vers 11 h 30 elle est prise brusquement d'une violente douleur abdominale à type colique.

L'examen montre une malade très shockée, pouls et T.A. imprégnables. L'hypocondre gauche est douloureux à la palpitation et la percussion révèle une petite matité du flanc gauche. Il existe également une douleur scapulaire gauche irradiée. Le diagnostic d'hémorragie interne par rupture de rate est posé et l'intervention pratiquée sous couvert d'une perfusion de sang iso-groupe.

Compte-rendu opératoire:

Médiane sus-ombilicale. Très importante quantité de sang dans l'abdomen, caillots de la loge splénique. La plaie de la rate est minime et admet la pulpe de l'index, se situe au dessus d'une scissure et au dessous du ligament phrénosplénique. La libération est assez difficile en raison de l'existence des ligaments phrénospléniques et splénorénaux courts.

Splénectomie.

Un drain inter-hépto-gastrique est posé vers la loge splénique, (le foie est très volumineux, son lobe gauche s'étend très loin à gauche et en arrière.)

Fermeture, catgut sur le péritoine, nylon sur la gaine des droits nylon sur la peau.

A noter: l'obésité très importante. A noter également qu'au cours de l'exploration de la partie inférieure de l'abdomen, on constate que cette femme a été opérée antérieurement pour ablation des annexes droites, mais que l'ovaire gauche présente une petite formation kystique.

A reçu 2 l. de sang iso-groupe.

Suites opératoires:

Celles-ci ont été marquées par une première élévation thermique à 39, pendant les deux jours qui suivent l'intervention, puis par un second épisode fébrile (39,5) non expliqué les 7^{me} et 8^{me} jours après l'intervention. La température est ensuite revenue à la normale en une quinzaine de jours.

Deux numérations globulaires et formules sanguines faites, la première 3 jours après l'intervention, la 2^{me} 13 jours après, ont montré une augmentation des globules rouges dont le nombre est passé de 3.296.000 à 3.648.000 et une diminution des globules

blancs et des polynucléaires neutrophiles dont le nombre est passé de 16.800 avec 80 % de polyneutrophiles à 13.600 avec 57 % de polyneutrophiles.

La malade est sortie le 31/10/57 en bonne santé; son séjour prolongé en milieu hospitalier étant expliqué par des raisons sociales.

Revue en mars 1960, déclare qu'elle est plus fatigable, mais assure son travail de femme de ménage. N'a pas demandé d'indemnisation.

Madame Mor....Marie-Louise, 59 ans, cultivatrice, est victime le 29/3/58, d'un accident de la voie publique. Circulant à bicyclette, elle est heurtée de plein fouet par une automobile.

A son arrivée, une heure après l'accident, on remarque d'abord un trouble net de la conscience, elle est désorientée.

A l'examen, elle présente:

- une plaie de la région temporo-pariétale droite apparemment superficielle mais témoignant d'un traumatisme crânien pouvant expliquer le trouble de la conscience,
- une fracture du tiers inférieur de la diaphyse humérale gauche à gros déplacement,
- une plaie superficielle du coup-de-pied droit.

Il n'existe pas d'autre lésion reconnaissable, en particulier il n'y a pas de trace de traumatisme abdominal ou thoracique.

On note cependant une certaine pâleur avec un pouls bien frappé, légèrement accéléré.

Un flacon de substosan est perfusé mais dans la nuit le déchocage a semblé laborieux à l'infirmière soignante. Le lendemain matin, soit 16 heures après l'accident, le trouble de la conscience a disparu la malade se plaint de douleurs diffuses de l'abdomen.

Il persiste une certaine pâleur de la face et des extrémités.

Cependant le pouls est bien frappé à 96, la T.A. est à 10/5.

A l'examen, le ventre est douloureux dans son ensemble, notamment à la décompression. Douleur dans le flanc et la F.I.D. mais le maximum douloureux est situé dans l'hypocondre gauche. Matité de l'hypocondre gauche et de la base thoracique gauche. Disparition de l'espace de Traube. Douleur transfixiante à la percussion de l'hypocondre gauche et de l'aire splénique. On ne note ni hoquet ni irradiation douloureuse, scapulaire notamment.

Le diagnostic d'hémorragie interne par rupture splénique est des plus probables malgré l'absence de toute trace de traumatisme de la région.

L'hémorragie est arrêtée selon toute vraisemblance.

Une radiographie de principe de l'abdomen est faite; elle ne montre pas d'anomalie particulière, coupes en place, cul-de-sac diaphragmatique normal, sauf peut-être l'absence de poche à air gastrique nettement visible.

Sans attendre le résultat d'une numération globulaire qui montrera globules rouges 3.870.000, leucocytes 7.800 dont 90 polynucléaires neutrophiles, l'intervention chirurgicale est mise à exécution.

Compte-rendu opératoire:

Anesthésie penthotal, éther, oxygène, sous couvert d'une perfusion de sang iso-groupe.

Médiane sus-ombilicale. Epanchement sanglant modéré dans tout le ventre. Caillot volumineux vers la loge splénique. La rupture de la rate est nette. Il s'agit d'une large fissure transversale au milieu de la face externe, comblée par un gros caillot en coin qui, à ce moment, assure l'hémostase.

Libération de la rate et splénectomie.

Toilette de l'abdomen. Vérification de l'intégrité des autres viscères.

Un drain sous-phrénique gauche passe par l'incision. Fermeture par catgut sur le péritoine et nylon sur la gaine des droits.

La perfusion post-opératoire est poursuivie à raison de 1500 cc au total de sang conservé.

Les suites opératoires sont des plus simples, l'état général excellent. Le pouls à 100/110. Une élévation thermique à 39 le lendemain est suivie d'une défervescence rapide vers la normale.

L'humérus fracturé est immobilisé par une extension continue pendant une dizaine de jours puis dans un appareil plâtré thoraco-brachial.

La malade quitte la clinique 13 jours après l'accident.

L'humérus consolidera en 1 mois 1/2.

A ce moment, la malade ne se ressent plus de son abdomen.

Revue en février 1961, la malade déclare n'avoir aucune séquelle de son accident, en particulier, ne se ressent aucunement de son abdomen, respire normalement, vaque à ses occupations sans fatigabilité anormale.

Ce n'est que depuis 2 mois qu'un syndrome douloureux de type ulcéreux est apparu. La radiographie montre une volumineuse niche de la petite courbure.

Monsieur LEB.... Louis, 66 ans, cultivateur, tombe d'une charette le 8/8/58, dans la soirée.

A son arrivée en milieu chirurgical, il présente un état de choc modéré, tout de même notable, mais qui se répare facilement, spontanément sous surveillance.

A l'examen, il présente:

- une fracture de la clavicule gauche,
- des fractures des 7^{me} et 8^{me} côtes gauches.

De plus, le malade se plaint de vives douleurs de l'hypocondre gauche sans irradiation scapulaire; il n'y a pas non plus de matité de cette région.

Les radiographies mettent en évidence les lésions osseuses. Il n'y a pas d'image de pneumo-thorax.

Devant un tel tableau, l'hypothèse d'une rupture de rate est émise sans confirmation possible: le malade est mis en observation.

Les jours suivants, les douleurs de la région des fractures de côtes persistent d'une manière modérée. Le malade ne se plaint à ce moment d'aucun symptôme anormal.

Le départ est autorisé le 14/8/58, soit 7 jours après l'accident.

Au moment du départ, vers 12 heures, alors que le malade est assis, il est pris d'une douleur avec douleurs à type de colique, en barre transversale de l'abdomen.

L'examen fait immédiatement montre un homme en état de collapsus, aux extrémités froides, sans sueurs, sans soif, sans bourdonnement d'oreille. T.A: II 12 - 8. Pouls 64, qui redevient, après quelques minutes de décubitus, normalement frappé. La percussion des des 7^{me} et 8^{me} côtes et de l'hypocondre est douloureuse. Une petite matité du flanc semble bien exister. La respiration profonde est légèrement douloureuse, mais le siège des fractures peut expliquer une partie des symptômes douloureux.

On est frappé en outre par une contraction de l'hypocondre surtout marquée au grand droit gauche.

Dans l'après-midi, on assiste à une régression incomplète des symptômes.

L'hypothèse d'une rupture de rate en deux temps est la plus vraisemblable sans qu'on puisse éliminer toute autre affection. Le malade est groupé et mis en observation.

Dans la soirée persiste d'une certaine pâleur, d'une douleur à la respiration profonde. Quelques gaz ont pu être rendus. Un léger ballonnement de l'abdomen avec tympanisme fait disparaître la matité qu'on avait pu percevoir vers 12 heures. La région splénique, l'espace de Traube, l'hypocondre gauche sont moins sonores, néanmoins, le grand droit gauche reste contracturé.

Par acquis de conscience, on fait pratiquer une radiographie de la coupole diaphragmatique et du thorax: pas de croissant gazeux, pas d'effraction diaphragmatique, coupole en place, pas de pneumo-thorax, pas d'anses dilatées.

Une laparatomie pour rupture de rate très probable est donc décidée.

Compte-rendu opératoire:

Médiane sus-ombilicale, sang à l'ouverture de l'abdomen. Deux longs caillots peu épais sont allongés l'un au dessus du colon

transverse, l'autre dans la gouttière léséro-côlique gauche, un caillot dans la loge splénique, le tout présentant environ 300 à 400 gr. Aspiration 500 gr de sang. La rate est manifestement rompue. Il suffit de terminer au doigt très facilement la rupture du ligament phrénico-splénique pour extérioriser sans difficulté la rate qui est le siège d'un hématôme sous capsulaire. Cet hématome présente à son pôle inférieur un caillot récent.

Ligature du pédicule splénique. Toilette du péritoine. Drain dans la loge splénique. Catgut sur le péritoine. Nylon sur la gaine des droits.

La perfusion post-opératoire a comporté 1.000 cc de sang conserve iso-groupe.

Les suites opératoires ont été très bonnes; la température n'a jamais dépassé 38°.

Le malade est sorti le 23/8/58 soit 16 jours après son accident. Il ne présente pas de séquelle appréciable de sa splénectomie.

Monsieur AUD.... René, 25 ans, bouvier, circulait à pied, est happé par une automobile le 19/5/59.

A son admission dans le service hospitalier, il présente un état de shock extrêmement sévère dû à des lésions traumatiques multiples; pouls et tension artérielle imprenables. Un traitement par perfusion de sang conserve iso-groupe est commencé, cependant que des radiographies sont pratiquées. Nous sommes appelés à ce moment. Ce polytraumatisé a une T.A. à 6; il est très pâle, très dyspnéique. Il se plaint, entre autres choses, de son abdomen qui est contracturé dans son ensemble, seul symptôme reconnaissable valablement, l'examen étant pratiquement impossible.

L'inventaire des lésions montre:

- une fracture du tiers inférieur de la jambe droite ouverte par une plaie provoquée vraisemblablement de dedans en dehors par un fragment osseux.
- une fracture ouverte des deux os de l'avant-bras gauche à l'union du tiers moyen, tiers supérieur comportant en outre luxation en avant de la tête radiale.
- une fracture de la diaphyse humérale gauche,
- une fracture de la clavicule gauche.
- une disjonction chondrocostale des 2 et 3 arcs droits.
- un traumatisme crânien avec large plaie du cuir chevelu dans la région temporopariétale droite.
- une contusion de la racine de la cuisse droite avec volumineux hématôme.
- une contusion de la région prépubienne et de la région hypogastrique droites avec érosions cutanées.

L'hémorragie externe par la plaie de l'avant-bras provoquée par un fragment cubital est importante; la plaie de jambe et la plaie du cuir chevelu saignent plus modérément.

Il ne paraît pas impossible cependant qu'une hémorragie interne n'aggrave la spoliation sanguine. Son diagnostic est pratiquement impossible.

La réanimation est progressivement continuée: 1500 cc de sang sont passés en 3 heures. Le pouls devient légèrement perceptible. La tension est à 6,5 de maximum.

L'examen montre un abdomen plus souple, reste douloureux dans son ensemble. Il semble exister une petite matité du flanc gauche.

On fait un sondage vésical qui ne ramène que 20 à 30 cc d'urine sanglante. En l'absence de signes lombaires nets, comme il existe des signes certains de contusion hypogastrique on pense à une rupture vésicale expliquant les symptômes abdominaux.

Dans ces conditions, on décide d'intervenir chirurgicalement.

Compte-rendu opératoire:

Médiane sous-ombilicale. 300 cc de sang épanché dans le Douglas. Après toilette du péritoine, on ne découvre aucune lésion vésicale. Par contre, il existe une contusion lombaire droite. Le feuillet péritonéal hépatc-rénal droit ne paraît pas lésé sérieusement, l'hématome qui infiltre le tissu sous-péritonéal paraît provenir de la déchirure péritonéale et est très modéré.

L'exploration manuelle de la loge splénique ne permet pas tout d'abord de reconnaître de lésion de ce viscère, mais l'attention est attirée par un gros caillot sous-diaphragmatique gauche et, après toilette de la région, apparition de sang rouge.

L'incision est alors agrandie jusqu'à l'appendice xyphoïde. On peut examiner plus soigneusement la rate de volume normal. Il existe une fissure préhilaire de 1 cm 5 de long au centre d'une zone ecchymotique, donnant du sang rouge.

La splénectomie est décidée. Mais ce n'est qu'après libération du ligament phrénosplénique qu'on constate l'existence d'une rupture de la rate postéro-externe sous forme de ragades assez superficielles affectant la disparition d'un H.

Splénectomie sans difficulté avec ligatures multiples d'un pédicule très étale.

Aucune autre lésion abdominale n'est reconnue, le rein gauche notamment est normal.

Un drain est laissé au contact de la déchirure péritonéale pré-nale droite.

Fermeture par catgut sur le péritoine, nylon sur la gaine des droits.

L'intervention est complétée par:

- parage de la plaie de jambe et fermeture. Réduction de la fracture de jambe qui paraît assez stable, contention plâtrée cruro-jambière.

- parage et fermeture de la plaie cubitale. La réduction radiale semble possible mais instable. On ne peut s'attarder. On se contente d'une immobilisation dans une position aussi acceptable que possible.

La T.A. en fin d'intervention, après une perfusion d'une petite quantité de Lévo-phed, est à 9, l'état du blessé plus satisfaisant. La perfusion sanguine continuée pendant l'intervention est poursuivie. Au total, 7 flacons de 500 cc de sang conservé sont administrés pendant les premières 24 heures.

L'évolution est favorable

Le lendemain, la numération globulaire donne:

Hémoglobine: 84

Globules rouges: 4.288.000

Globules blancs: 17.600 dont 80 % de polynucléaires.

Les urines sont rares d'abord mais la diurèse va croissant et s'établit à 400 le 2^{me} jour, 900 le 3^{me}, 1200 le quatrième jour.

L'ionogramme fait le surlendemain donne des chiffres voisins de la normale: Chlore 107 meq,

Bicarbonates 24,3 meq,

Na 142.

K 5,28

Hématocrite 47.

Les chiffres resteront satisfaisants les jours suivants. Par contre, l'urémie à 2,25 le surlendemain s'accroît jusqu'à plus de 3 g le 4^{me} jour et redescend rapidement à la normale atteinte le 10^{me} jour.

5 jours après l'intervention, un cliché thoracique motivé par une dyspnée avec cyanose met en évidence un pneumothorax droit qui est exsufflé.

Dans l'ensemble les suites sont simples, l'élévation thermique modérée, la cicatrisation sans incident à aucun niveau sous couvert d'antibiotiques.

12 jours après l'accident, l'état du blessé est normal et on entreprend le traitement réparateur des lésions des membres au niveau de l'avant-bras:

ostéosynthèse par coapteur de Danis sur le radius, enclouage centro-médullaire du cubitus, complétée par l'immobilisation plâtrée.

La fracture humérale est simplement traitée par extension continue sur le plâtre brachio anti-brachial.

Réfection de l'appareil plâtré de jambe.

L'évolution restera simple, la consolidation des lésions osseuses survient dans des délais normaux.

Le résultat fonctionnel final apprécié par voie d'expertise est très bon, hormis une synostose des 2 os de l'avant-bras en pronation intermédiaire assez peu gênante en fait chez ce sujet.

En particulier, pour ce qui nous intéresse ici, la splénectomie ne semble avoir aucune conséquence appréciable. Absence de symptômes fonctionnels imputable à l'absence de rate. Numération globulaire rouge, avant et après effort, identique et normale; numération et formule blanche normales.

Cicatrisation abdominale correcte.

Madame GAR.... Anne-Marie, âgée de 30 ans, est victime d'un accident d'automobile le 14/6/59.

Elle perd connaissance pendant 45 minutes environ et arrive en milieu chirurgical obnubilée mais répondant bien aux questions, (T.A. 12/7, pouls 96.)

A l'examen, elle présente:

- une plaie du cuir chevelu dans la région temporale gauche et un petit hématome de la région occipitale gauche;
- une contusion du moignon de l'épaule gauche avec ecchymoses;
- une douleur de la région cervicale, sans lésion du squelette cervical;
- des fourmillements dans le territoire de l'index, du pouce et du 3^{me} doigt par élongation probable du plexus brachial sans autre signe neurologique;
- une contusion abdominale avec une légère douleur de l'hypocondre gauche.

La radiographie du crâne ne décèle rien d'anormal.

La malade est gardée en observation et groupée, la douleur de l'hypocondre gauche faisant évoquer un diagnostic possible de rupture de rate, sans qu'on puisse tirer du retentissement général et des signes objectifs, des arguments suffisants pour intervenir.

Une radiographie pratiquée le jour de l'accident, montrant le thorax et l'étage sus-mésocolique, ne montre aucune lésion squelettique, des coupes diaphragmatiques en place, une hyperclarté sous-diaphragmatique gauche qui semble due à une distension de la poche à air gastrique.

4 jours plus tard, un autre cliché est pratiqué: coupole gauche en place normale, poche à air gastrique assez grande, pas la moindre opacité inhabituelle suspecte de la loge splénique.

Les jours suivants sont marqués par la persistance de la douleur de l'hypocondre gauche avec irradiation scapulaire gauche (qui fait discuter de sa relation avec la contusion de l'épaule gauche certaine.)

La numération globulaire et la formule sanguine demandées indiquent 2.704.000 globules rouges et 8.200 globules blancs dont 73 % polynucléophiles.

L'hypothèse d'une rupture de rate semble se confirmer. L'interne de service cherche à préciser la notion d'hémorragie interne par ponction du cul-de-sac de Douglas. Celle-ci ramène du sang.

L'intervention est décidée le 22/7/59, soit 8 jours après l'accident.

Compte-rendu opératoire:

Médiane sus-ombilicale: sang noirâtre dans l'abdomen. Hématome en voie d'organisation de la loge splénique entre la face externe de la rate et le diaphragme, du volume correspondant à deux poings, fait de caillots noirâtres déjà solides et adhérents. Libération cependant aisée, on peut attirer la rate sans difficultés. On s'aperçoit qu'il existe une toute petite déchirure capsulaire sur une surface d'une pièce d'1 franc, au pôle supérieur, le long du bord postérieur du hile.

Hémostase du pédicule par une série de ligatures au lin, toilette de la loge splénique au mieux des possibilités, en laissant quel-

ques caillots fibrino-cruoriques.

Toilette de la cavité abdominale.

Un drain sous-diaphragmatique gauche est passé par l'incision médiane.

Fermeture: catgut sur le péritoine, nylon sur la gaine des droits, nylon sur la peau.

Suites opératoires:

Les suites opératoires ont été marquées par l'apparition progressive d'un point de côté thoracique gauche, bas situé, persistant, semblant correspondre non pas à l'apparition d'une embolie mais à l'existence d'une distention importante de la poche à air gastrique, visible sur les clichés radiographiques, 3 ou 4 jours de suite, sans la moindre anomalie pleuro-pulmonaire.

La température s'est élevée jusqu'à 39, les 3^{me} et 4^{me} jours après l'accident, pour retomber à la normale les jours suivants.

Les différentes numérations globulaires et formules sanguines pratiquées au cours des suites opératoires ont montré, deux semaines après l'accident, une élévation du nombre des globules rouges à 3.808.000 et des globules blancs à 17.400 par rapport aux chiffres donnés lors d'une numération globulaire et d'une formule sanguine pratiquées avant l'intervention (globules rouges: 2.704.000 et globules blancs: 8.200.)

La malade sort le 10/ 7/ 59, soit 26 jours après l'accident, apyrétique.

Un dernier cliché montre une image thoracique et sous-diaphragmatique gauche normale.

Il persiste seulement quelques paresthésies au niveau des 3 premiers doigts gauches.

Monsieur LER.... Ernest, âgé de 49 ans, est victime, le 15 juin 59 d'un accident de la voie publique (tonneau d'une automobile.)

2 ou 3 heures après l'accident, le blessé se présente à la clinique, pour accompagner sa femme, victime dans le même accident d'un traumatisme crânien.

Il se plaint de douleurs de la base thoracique gauche, mais il refuse l'hospitalisation proposée par les religieuses et part avant d'avoir été vu et examiné. Une agitation et une instabilité où l'éthylisme sur un fond chronique évident est remarquée et explique l'hostilité du malade.

Son médecin est appelé à le voir le lendemain matin et ne remarque rien de particulier.

Dans l'après-midi, on apprend par son fils que Monsieur LER.... a présenté 2 syncopes. On demande alors au médecin de réexaminer le malade et de nous l'adresser le cas échéant; car, d'emblée, du fait de l'histoire racontée, on considère comme plausible une rupture de rate.

Le malade est adressé 24 heures après l'accident.

Lorsqu'il est debout, -car il marche,- on remarque une certaine pâleur du visage et des lèvres. Il est couvert de sueurs froides, présente une lipothymie. L'agitation et le tremblement sont imputables non seulement à son alcoolisme mais aussi à un syndrome anémique. Cependant le pouls est bien frappé à 104; la T.A. est à 15-7.

Du point de vue fonctionnel, le malade se plaint de vagues malaises, décrit très mal les symptômes qu'il ressent. Pourtant on est sûr qu'il souffre de la base thoracique gauche très latéralement, au niveau de la 9^{me}-10^{me} côte.

Il se plaint également de la F.I.D. à la partie médiane de l'abdomen. On apprend en outre qu'il a eu une selle le matin, qu'il rend ses gaz, mais avec un peu de difficulté.

Il fait des efforts de vomissements qui ramène un peu de bile.

A l'examen:

Outre les symptômes généraux, on remarque un très léger ballonnement. L'abdomen est sonore, pas de matité sauf dans la région splénique (très latéralement au niveau des dernières côtes) et au niveau de la face latérale du flanc gauche.

Par contre, l'hypocondre et la région épigastrique sont parfaitement sonores, avec une hypersonorité plus étendue qu'habituellement. La percussion de la région splénique de même que la palpation et le simple eifleurement sont douloureux.

A force de prolonger l'examen chez un malade agité qu'un éthylisme rend peu explicite, on se convainc que la palpation de l'hypocondre gauche entraîne une douleur transfixiante vers l'angle costo-lombaire gauche, qu'il existe une petite irradiation spontanée vers l'omoplate gauche, que l'abdomen est sensible à la pression de la F.I. et surtout à la décompression. Au T.R. on est incapable de dire si le Douglas est douloureux.

Ces petits symptômes ajoutés au fait qu'au cours de l'examen radiologique la mise en station debout entraînait une lipothymie emporte la décision et on décide d'intervenir avec le diagnostic de rupture de la rate, mais le diagnostic est difficile en raison de l'état général et de l'agitation éthylique du blessé. Pas d'autre lésion reconnue à distance. Les radiographies éliminent en outre une fracture de côte, argument qui s'oppose au syndrome abdominal.

Compte-rendu opératoire:

de sanglant dans l'abdomen. Rupture de rate qu'on peut extérioriser assez facilement et dont on lie les pédicules en 2 fois par un fil de catgut appuyé d'un fil de lin. Une petite difficulté d'hémostase sur les petits vaisseaux de la queue du pancréas. Coagulation et spongel.

Toilette du péritoine. Pas d'autre lésion reconnue. A noter que le foie est cirrhotique, de volume modéré, mais d'aspect clouté, aspect de cirrhose de Laënnec au début. La rate est fortement augmentée de volume, 4 ou 5 fois, gorgée de sang. Elle présente deux zones de rupture qui ont le même aspect, en écaille, superficielle l'une sur la face externe, le long du bord antérieur, l'autre sur le pôle supérieur.

Il existe manifestement une hypertension portale, grosse rate, grosses veines friables, cirrhose hépatique.

Un drain sous la coupole diaphragmatique gauche.

Fermeture catgut sur le péritoine, nylon sur la gaine des droits, nylon sur la peau.

Les suites opératoires immédiates, malgré les précautions prises, sont troublées par l'évolution d'un délirium tremens.

Le 20/ 6/ 59, une trachéotomie pour encombrement trachéo-bronchique est pratiquée au lit du malade.

Le délirium atténué par le traitement n'est pas complètement vaincu et, le 24/ 6/ 59 une éviscération survient. Le tablier épiploïque sort par la sésunion de la région médiane de la plaie opératoire qui semble avoir été favorisée par le trajet de drainage supprimé 4 jours auparavant, avec évacuation d'une petite ascite.

On réopère le malade: réintégration du tablier épiploïque et fermeture sans drainage au nylon.

Dès lors, localement, les suites opératoires sont favorables.

Le délirium cède progressivement.

La guérison survient. Le malade peut sortir le 10 juillet, soit 16 jours après la deuxième intervention.

La réanimation du blessé a été assurée pendant près de 8 jours essentiellement par voie veineuse dont un apport de 177 cc de sang au total.

Nous avons pu revoir ce blessé à l'occasion d'une expertise le 26/ 2/ 60. Fonctionnellement, il allait bien. Sa cirrhose restait compensée malgré la persistance de son intempérance.

Sa numération globulaire est normale.

Cependant, un taux d'I.P.P. de 15 % a été attribué conformément au barème d'invalidité des accidents du travail pris comme base.

En mars 1961, son mode de vie reste inchangé.

Le jeune NAU.... Yves, 7 ans, est heurté par une automobile le 29/ 6/ 59, vers 18 h, alors qu'il circulait à vélo.

Son médecin constate alors des érosions cutanées multiples, en particulier au niveau de l'avant-bras gauche et une plaie qu'il suture sur la face antérieure de la cuisse gauche.

Il est de nouveau appelé le lendemain matin et, après avoir constaté un syndrome d'anémie aigüe, l'envoie en milieu chirurgical.

A son arrivée, 17 h. après l'accident, l'enfant présente.

- une contusion de la région temporo-orbito-malaire gauche, sans signe d'atteinte cérébro-méningée.

- des érosions et contusions multiples réparties sur les membres, en particulier au niveau des deux cuisses. Ecchymose de la face dorsale de la verge.

- et surtout une ecchymose sur la ligne axillaire postérieure de la base thoracique gauche. Le ventre est un peu ballonné. Il existe une matité déclive. L'abdomen est douloureux surtout dans la région médiane et les fosses iliaques. La percussion de l'hypocondre gauche révèle une matité de la région splénique. Par contre, l'espace de Traube et l'hypogastre sont parfaitement sonores.

Le T.R. est douloureux. Il existe de plus des signes généraux d'anémie indiscutable (pouls petit à 132). Le reste de l'examen des viscères est négatif. Les urines sont normales.

La numération globulaire et la formule sanguine demandées indiquent: 4.080.000 globules rouges; 9.400 globules blancs avec 74 % de polynucléaires neutrophiles.

L'intervention est décidée avec le diagnostic de rupture de rate.

Compte-rendu opératoire:

Anesthésie penthotal, éther, 0,2, sous couvert d'une perfusion de sang isogroupe.

Médiane sus-ombilicale. Epanchement sanglant relativement important dans l'abdomen, surtout dans le petit bassin. Absence totale de caillots. L'examen du rein, du foie, de la rate ne montre pas de lésion.

On fait une toilette rapide de l'hypocondre gauche et on attire la rate. Il existe une fissuration transversale de la face externe du pôle inférieur de la face externe sur le bord antérieur.

Ces deux zones sont larges de 3-4 mm comblées par des caillots, ce qui explique qu'on ne sentait pas d'anomalie à la palpation manuelle. Le pédicule est extrêmement étale et court sur toute la face antérieure de la rate et le ligament spléno-colique empêche l'extériorisation.

Libération progressive et hémostase sur pince. Ligature du pédicule au catgut I. Contrôle de l'hémostase. Toilette du péritoine. Drain dans l'hypocondre gauche inter-gastro-hépatique.

Pas d'autres lésions viscérales reconnues.

Fermeture catgut sur le péritoine, nylon sur la gaine des droits.

La perte de sang mesurable a été de l'ordre de 500 à 600 cc compensée largement par 1000 cc de sang conservé isogroupe en perfusion per et post-opératoire.

Les suites opératoires sont simples: après une petite élévation thermique à 38,5 deux jours après l'intervention, la température est redevenue normale très rapidement. Pouls 100-110, les premiers jours, puis 80.

L'enfant quitte la clinique 10 jours après l'accident.

Monsieur CHA.... Joseph, âgé de 69 ans, est victime d'un accident d'automobile le 30/ 7/ 59, dans la soirée.

A son arrivée en milieu hospitalier, il présente un état de shock très marqué (pouls:70 - T.A. pincée 9 - 6/7, pâleur livide, sueurs profuses) qui va rapidement en s'aggravant.

A l'examen, il présente:

- une contusion de l'épaule droite,
- des érosions cutanées multiples au niveau de la main gauche, de l'avant-bras droit, de la cuisse gauche,
- une fracture de la 12^{me} côte gauche,
- des fractures des 9^{me} et 10^{me} côtes droites,
- une fracture complexe de D 12 avec paraplégie,
- une fracture de la première costale lombaire droite.

L'examen de l'abdomen est rendu difficile en raison d'une contracture généralisée dont l'interprétation, chez ce blessé rachidien, est difficile.

Sur les clichés, l'image de l'étage sous-diaphragmatique est ininterprétable. Les champs pulmonaires paraissent normaux.

Dans les heures qui suivent, l'état de shock expliqué jusqu'ici par les différentes fractures subies, s'est considérablement amélioré sous l'influence d'une thérapeutique réanimatrice comportant seulement perfusion de subtosan et analeptiques cardio-vasculaires.

Le malade est gardé en milieu hospitalier.

Les jours suivants, le malade est prostré, deshydraté, sa température oscille autour de 39. Il présente des troubles de la coordination assez importants ainsi qu'une raideur de la nuque.

Le 7/ 8/ 59, soit 8 jours après son accident, on est frappé par la pâleur extrême du malade. Un syndrome d'hémorragie interne est évoqué.

L'abdomen est ballonné, sensible à la décompression. On note une matité de la loge splénique qui est douloureuse. Douleur à la pression de la base latérale du thorax et de l'hémi-thorax gauche. Pas d'irradiation douloureuse scapulaire.

On décide d'intervenir avec le diagnostic de rupture de rate.

Compte-rendu opératoire:

Médiane sus-ombilicale.

Sang dans l'abdomen épanché dans la gouttière latéro-colique gauche. A ce niveau, un gros caillot noir confirme le diagnostic.

La rate est facilement libérée de quelques adhérences qui existent encore avec le diaphragme. On constate, en l'extériorisant, qu'elle a été littéralement décapsulée sur sa face externe et que celle-ci est recouverte d'un volumineux caillot moulé dans sa loge.

Splénectomie sans difficulté.

Hémostase par pluri-ligature au lin.

Vérification de la loge splénique: il existe quelques petits fragments du pôle inférieur arrachés et adhérents au niveau du ligament splénocolique.

Toilette du péritoine. Pas d'autres lésions constatées.

Drain sous-diaphragmatique gauche.

Fermeture au catgut sur le péritoine, nylon sur la gaine des droits, nylon sur la peau.

A noter:

- 1°/ l'existence d'une cirrhose hépatique modérée, surface su foie irrégulière avec un réseau de petites tranchées sur toute la surface;
- 2°/ périhépatite avec adhérences multiples au diaphragme.

Pièce : le caillot qui recouvre la face externe décapsulée de la rate présente en son centre une petite aspérité d'1 cm 1/2 de haut qui s'engage comme unclou dans une fissure de la pulpe splénique.

En outre, il existe quelques arrachements polaires inférieurs. Il s'agissait donc d'un hématome de la loge splénique. Comme il n'y a pas de sang rouge récent constaté, on peut penser que l'hémorragie initiale était arrêtée, ce qui explique mal le syndrome d'aggravation survenu assez rapidement, à retardement.

Pendant l'intervention et les premières 24 H, 1500 cc de sang citraté sont perfusés.

Suites opératoires:

Les différentes numérations globulaires et formules sanguines pratiquées après l'intervention ont montré une augmentation du nombre des globules rouges à 2.336.000, à 2.944.000 le 10/ 8/ 59, ainsi que des globules blancs (10.600 à 21.800) Le pourcentage des polynucléaires neutrophiles étant de 80 %.

48 h après la splénectomie, on note l'apparition d'une hyperthermie à 39-40 avec ictère des conjonctives, oligurie et urémie supérieure à 1 gr.

Les jours suivants, la température tombe en lysis à 38.

Pendant 8 jours on a pu espérer cependant une survie mais l'aggravation est survenue subitement le 15/ 8/ 59, dans la soirée, hyperthermie à 40 °, crise de dyspnée avec cyanose.

Le malade est revu le lendemain agonisant. La fracture rachidienne l'état de raideur du blessé rendent difficile l'examen du thorax.

Mort le 17/ 8/ 59, soit 18 jours après l'accident dans un syndrome urémique avec cependant une T.A. à 10/5 et un équilibre hydro-électrolytique sub-normal.

Monsieur SAU.... Louis, cultivateur, âgé de 45 ans, reçoit un coup de pied de cheval au niveau de la région épigastrique et de l'hypocondre gauche.

A son arrivée, deux heures après l'accident, il présente un état de shock important (pouls et T.A. imprenables). Il est très pâle et dyspnéique.

A l'examen, on constate l'existence:

- d'une contusion thoraco-abdominale gauche avec ecchymose de la région basi-thoracique gauche.
- d'une douleur de l'hypocondre gauche très violente et irradiée à l'épaule gauche,
- d'une matité du flanc gauche.

Réanimation et intervention immédiates.

Compte-rendu opératoire:

Médiane sus-ombilicale. Rupture de rate. deux litres de sang dans la cavité péritonéale. Etant donné l'obésité du malade, on pratique une incision transversale gauche à partir de l'extrémité inférieure de la médiane.

Splénectomie facile, la rate est séparée en trois morceaux.

Etanchage du sang.

Fermeture plan par plan au nylon.

Suites opératoires:

Pyrexie entre 38 et 39° pendant 5 jours. Le 7^{me} jour une radiographie pulmonaire montre un épanchement pleural gauche que l'on ponctionne (300 cc de liquide séro-hémorragique).

Suites normales.

Le malade sort, après 20 jours d'hospitalisation, en bon état.

Le M.... Emile est amené à l'hôpital le 26/ 1/ 61, à la suite d'un accident de la voie publique. Il circulait à cyclomoteur et il est victime d'une collision avec une automobile.

A son arrivée, son état est très grave. L'interne de service pense qu'il est porteur d'un traumatisme crânien et remarque surtout des fractures de côtes gauches? C'est avec ce diagnostic de prédominance de traumatisme thoracique grave avec cyanose que, faute de s'adresser au chirurgien de garde, il nous fait appel.

Nous voyons le blessé une 1/2 h. après son arrivée à l'hôpital. Au lieu de voir le traumatisme thoracique dyspnéique et cyanose que nous nous attendions à voir avec l'indication préconçue d'une trachéotomie, nous examinons un blessé agité, délirant, quasi inconscient, extrêmement choqué, aux muqueuses pâles et cyaniques à la fois. Sa T.A. est à moins de 7, minima imprenable, son pouls à peine perceptible semble très lent. Ses veines périphériques encore légèrement saillantes.

Par contre, il semble respirer librement, sans aucun encombrement trachéo-bronchique, avec une amplitude respiratoire assez satisfaisante.

Un examen rapide élimine la notion de traumatisme crânien sérieux.

En revanche, il existe un véritable fracas squelettique de la base thoracique gauche dorso-latérale. Les fragments costaux multiples sont mobilisés anarchiquement par les mouvements respiratoires et craquent sous la main qui palpe. Il n'y a pas d'emphysème sous-cutané important.

Immédiatement, étant donné le siège et l'importance des dégâts thoraciques gauches, la notion de rupture de rate est retenue pour contribuer à expliquer la gravité de l'état du blessé. Il n'est pas question de tenir compte des signes fonctionnels. Seuls, les signes physiques peuvent emporter la décision opératoire chez un blessé aussi choqué.

Du fait de l'état semi-comateux, il n'y a pas eu d'expectoration.

Le ventre est souple et plat, ne semble aucunement douloureux, pas davantage que les mouvements respiratoires ou la palpation de la cage thoracique.

L'espace de Traube est sonore; tout au plus découvre-t-on une matité du flanc gauche. La pauvreté symptomatique est grande. L'état broncho-pulmonaire est impossible à préciser. Quoi qu'il en soit, le déchocage, malencontreusement non-entrepris jusqu'ici, par suite d'une erreur d'orientation diagnostique, doit être commencé d'urgence et la décision opératoire est prise conjointement avec le chirurgien de garde arrivé entre-temps.

Du sang O RH est réclamé d'urgence en attendant le résultat du groupe sanguin. Le cathétérisme veineux est entretenu temporairement par une perfusion minime de sérum glucosé hypertonique.

Pendant ce temps d'attente, on fait une ponction à l'aiguille de l'hypocondre gauche. Elle ne ramène pas de sang.

Cependant 10 à 15 minutes s'écoulent pendant lesquelles l'état du blessé s'aggrave visiblement. Pouls perçu difficilement à la fémorale. T.A. imprenable. Collapsus veineux, perte de conscience, bruits du cœur très assourdis.

La perfusion de sang est enfin installée. La tension remonte à 6-6,5.

Il est décidé de faire une laparatomie. L'anesthésie est donnée au penthotal. 15 centigrammes sont injectés.

A ce moment, mort apparente. Le pouls fémoral ni les battements cardiaques ne sont perçus. Arrêt respiratoire.

Compte-rendu opératoire:

Médiane sus-ombilicale rapide.

Le coeur est arrêté. Massage transdiaphragmatique. La respiration est assurée par intubation. Après plusieurs minutes, la mort semble réelle.

Une exploration plus approfondie montre un hémopéritoine, la quantité de sang épanché, de moins d'un litre apparemment est située dans la loge splénique et le flanc gauche et n'a pas diffusé vers le reste de l'abdomen. La rate présente une rupture sur sa face diaphragmatique. En outre, il existe une contusion du colon transverse gauche. Le diaphragme est intact.

Devant l'état de mort apprente, la laparatomie est alors refermée, sans traitement des lésions, mais, après quelques minutes, on constate avec stupeur que le pouls est à nouveau perçu à la fémorale. La respiration assistée est à nouveau reprise. Une perfusion artérielle est passée dans l'humérale gauche. Un semblant d'amélioration survient qui permet de reprendre la laparatomie et de procéder à la splénectomie sans difficulté notable. Rate assez facilement pédiculée. Ligature étagée du pédicule.

Les lésions consistent en deux profondes ragades siégeant sur la face diaphragmatique de la rate.

Le blessé est sans respiration spontanée; son état est précaire. Il meurt pendant la fermeture de la laparatomie.

Luna Luna Luna Luna Luna Luna Luna Luna Luna Luna Luna Luna Luna

NATURE DU TRAUMATISME. - Le traumatisme mis en cause semble avoir été dans tous nos exemples assez ou très violent. Il s'agit dans 12 cas d'accidents de la circulation, (chute de bicyclette, piétons ou cyclistes renversés par une auto, collision entre autos et renversements de celles-ci.

Dans 2 cas seulement il s'est agi d'accidents professionnels: une chute de charrette, tout en réalisant un traumatisme a entraîné cependant des lésions multiples (17)

LOCALISATION DU TRAUMATISME. - Le point d'impact traumatique expliquant la rupture de rate est:

Tout le côté gauche semble intéressé par le traumatisme. Il s'agit en premier lieu d'un choc ayant porté sur la région basi-thoracique gauche, entraînant des fractures de côtes basses dans 4 cas, (4,7,12,14) et une importante ecchymose de cette région dans un cas (11). Mais sont également notées des fractures de côtes plus haut situées (7), des contusions de l'épaule gauche (7, 8) et de l'humérus gauche (6, 8).

La rate est un organe plus thoracique qu'abdominal. Elle se projette sur la paroi thoracique suivant une surface allongée dont le grand axe suit à peu près la 10^{me} côte; l'extrémité interne ou postérieure de cette surface de projection répond au 10^{me} espace intercostal près de son extrémité vertébrale à 4 ou 5 cm de la ligne des apophyses épineuses, l'extrémité externe ou antérieure se projette sur la 10^{me} côte près de la ligne axillaire moyenne, soit un peu en avant, soit un peu en arrière, soit enfin au niveau même de cette ligne.

Elle ne dépasse jamais la ligne costo-articulaire menée de l'extrémité antérieure de la 11^{me} côte gauche à l'articulation sternocosto-claviculaire du même côté.

Le bord supérieur de la surface de projection de la rate sur la paroi costale est une ligne courbe, convexe en haut et en avant, allant d'une extrémité à l'autre et dont la partie moyenne s'élève jusqu'au 8^{me} espace intercostal. Le bord inférieur se projette sur une ligne convexe en bas et en arrière qui réunit également les deux extrémités en longeant, sur une grande partie de son trajet, le bord inférieur de la 11^{me} côte.

En définitive, la face diaphragmatique de la rate répond dans la région postéro-latérale du thorax aux 9^{me}, 10^{me}, 11^{me} côtes ainsi qu'aux 8^{me}, 9^{me} et 10^{me} espaces inter-costaux.

On comprend donc dès lors que l'impact traumatique sur la région basi-thoracique gauche ait toutes les chances de provoquer une rupture de rate encore plus facilement peut-être que la classique contusion abdominale antérieure, de l'hypocondre gauche en particulier.

Lorsque le traumatisme porte sur tout le côté gauche, il est difficile de dire si la rupture de la rate a été le fait d'un traumatisme direct ou au contraire de lésions indirectement provoquées par contre-coup, notamment lorsqu'il existe des lésions squelettiques de la partie supérieure du thorax ou de l'épaule.

Ce qu'il convient de retenir, c'est qu'un traumatisme gauche doit y faire penser systématiquement.

Le traumatisme indirect, à distance, responsable de la rupture de rate est aussi quelquefois rencontré; il s'agit d'un choc ayant réalisé soit une contusion de l'épaule droite (5), soit une fracture de la clavicule droite (3), soit une fracture des côtes droites (8, 12).

IMPORTANCE DU TRAUMATISME. - Il faut remarquer que, dans la plupart des cas et surtout chez les polytraumatisés, il est difficile de juger de l'importance du traumatisme basi-thoracique, car la symptomatologie de celui-ci est noyée dans un contexte qui en rend l'interprétation difficile.

Chez un malade, il a été difficile d'apprécier l'intensité du traumatisme ayant réalisé la rupture de rate. Il s'agissait d'une rate pathologique classiquement, particulièrement fragile et lésée par un traumatisme mineur. En fait, il s'agissait ici d'un accident d'auto qui a pu être violent mais l'éthylisme aigu et chronique du blessé n'en a pas permis une appréciation valable.

De plus, la violence du traumatisme explique dans nos exemples la présence et l'importance des traumatismes associés à celui de la rate.

Quatre parmi eux étaient de grands polytraumatisés (4,6,8,12).

Il nous paraît opportun de rappeler que le plus spectaculairement atteint présentait de multiples fractures ouvertes et fermées des membres, de la ceinture scapulaire, des lésions pariétales et viscérales du thorax, un traumatisme crânien, une contusion de la partie inférieure de l'abdomen. C'est dire qu'après de pareils traumatismes tout peut être craint et que l'état du malade se prête mal à un examen facile.

A N A T O M O - P A T H O L O G I E.

LES LÉSIONS SPÉNIQUES. - Sur les 14 pièces opératoires, on a noté 5 éclatements complexes de la

rité, dans 4 cas (1, 2, 3, 13) l'importance de la cavité péritonéale abondante et progressive et, dans un cas, hémorragie de la cavité thoracique après rupture diaphragmatique.

En s'en tenant aux explications invoquées habituellement, il est possible de suggérer le mécanisme dans 2 cas (2 & 13). Il s'est agi d'éclatement par contre-coup. En effet, dans ces deux cas, le choc (coup de pied de cheval, chute sur un guidon de bicyclette,) a porté sur la région abdominale et a été ensuite transmis à la rate par la poussée de la masse intestinale. Il aurait ainsi entraîné soit une déchirure de son pédicule soit une flexion forcée de celui-ci, faisant ainsi éclater la surface convexe de sa capsule.

Ces 5 éclatements ont été traduits cliniquement par des signes de rupture de rate primitive qui ont été reconnus d'emblée dans 4 cas (1, 2, 4, 13,) et par aggravation progressive, 24 h après, dans un cas (3).

L'examen de 5 autres pièces opératoires -(6, 10, 11, 13,) a montré l'existence de larges fissurations accompagnées d'épanchements sanguins en péritoine libre, moins abondants que dans les exemples précédents.

Ces 5 lésions spléniques ont entraîné des signes cliniques de rupture de rate primitive reconnus d'emblée dans deux cas (8, 14) et progressivement dans les 3 autres cas (6, 10, 11.)

Dans 2 cas (5, 9,) il s'est agi de plaies minimes (petite déchirure capsulaire de la surface d'une pièce d'1 centime (9) au pôle supérieur dans un cas, plaie de la face diaphragmatique admettant la pulpe de l'index (5) ayant entraîné progressivement l'organisation d'hématomes de la loge splénique qui, en comblant la plaie d'origine, en assuraient au moins temporairement l'hémostase.

Dans les 2 derniers cas (7, 12) les lésions de la rate étaient beaucoup plus importantes que précédemment. Il s'agissait d'un grand décollement capsulaire de la face externe dans un cas (12) et, dans l'autre cas (7), d'un arrachement du ligament phrénico-splénique, mais elles ont cependant subi la même évolution d'ensemble. Elles ont été, elles aussi, colmatées temporairement soit par un hématome sous-capsulaire (7) soit par un hématome de la loge splénique recouvrant la face externe décapsulée de la rate, avec, en son centre, une petite aspérité s'engageant comme un clou dans la fissure de la pulpe splénique.

Ces 4 exemples (5, 7, 9, 12,) de lésions spléniques se sont manifestées également cliniquement par des signes de rupture de rate en 2 temps. L'existence de l'intervalle libre peut probablement être expliqué par le fait que l'hémostase était assurée pendant ce temps, tout au moins partiellement, par un caillot comblant la plaie splénique.

La reprise brutale des symptômes semblait coïncider, du moins dans un exemple (7), par un décollement du pôle inférieur de l'hématome donnant issue à du sang rouge.

L'étude des différentes localisations des lésions montre l'extrême fréquence de l'atteinte de la face postéro-externe ou diaphragmatique (4, 13). Ce fait peut s'expliquer par la position de cette face en rapport avec la paroi costale simplement à travers le diaphragme et par la fréquence dans nos exemples de choc direct à ce niveau. De plus, il a été retrouvé dans plusieurs cas (12), lors de l'intervention des adhérences vélamenteuses ou isolées de la rate au diaphragme ou bien alors un ligament phrénico-splénique très important débordant largement sur cette face.

L'arrachement du pôle inférieur de la rate décrit classiquement

a été retrouvé 5 fois parmi nos 14 exemples (2,4,11,12,13).

La multiplicité des lésions associées au traumatisme de la rate, la notion d'impact à distance de la région thoracique peuvent égarer le diagnostic. C'est ainsi que parmi les 14 traumatisés admis en milieu chirurgical, 10 ruptures de rate ont été reconnues primitivement.

Il est à noter que parmi ces 10 ruptures de rate reconnues primitivement, dans 6 cas (1, 2,4,8,13,14), les signes de rupture de rate étaient présents d'emblée. Pour les 4 autres cas (3,6,10,11), ils sont apparus progressivement ou ont été confirmés par l'observation dans les 10 à 24 h. qui suivirent.

Dans 4 cas, les lésions ont été inapparentes et se sont révélées 3 à 9 jours après l'accident entraînant une intervention retardée.

LES LESIONS ASSOCIEES.- Au total, 3 seulement (é, 10, 13), sur nos 14 cas de rupture de rate, étaient indemnes d'autres lésions traumatiques.

Tous les autres cas comportaient des lésions associées: les unes à distance; on retrouve la notion de traumatisme crânien dans 7 cas (1,5,6,8,9,11,14) traumatisme cervical (9), dorso-lombaire un cas (12), fracture dislocation de D 12 avec paraplégie, fracture des membres, 5 cas: (3, 4, 7, 10,).

: les autres plus intéressantes sont des lésions associées de voisinage. Hormis les lésions pariétales thoraciques déjà étudiées, certains intéressaient des viscères abdominaux voisins. l'une d'elle, remarquable, a été observée dans un cas (4). Il s'agissait d'une brèche transversale de la coupole diaphragmatique gauche, longue de 12 à 15 cm par laquelle la portion verticale de l'estomac et une partie de la rate avaient pénétré dans le thorax.

On a observé également 3 cas de lésions viscérales associées mineures. Il s'est agi dans un cas (8) de contusion rénale droite controlatérale, dans un autre cas (14) d'une contusion du colon transverse gauche et, dans un dernier cas (3) d'un hématome de la loge péri-rénale gauche. Ces lésions étaient donc mineures, sans grande conséquence et nous n'avons pas eu à observer de grande lésion rénale gauche classiquement la plus fréquente.

L'étude des 10 cas de rupture de rate reconnus d'emblée ou dans les premières vingt-quatre heures a mis en évidence un tableau symptomatologique associant aux signes généraux des signes locaux évocateurs.

Il s'est agi pour nos blessés d'une douleur spontanée d'intensité très modérée en règle, de l'hypocondre gauche, exagérée par les mouvements, par l'inspiration profonde. Ces douleurs prédominent à gauche mais ont tendance à diffuser à tout l'étage supérieur de l'abdomen. Souvent même, certains malades insistaient sur une douleur diffusant à tout l'abdomen. L'irradiation scapulaire gauche a été souvent notée. Elle est peu souvent accusée spontanément, mais le malade interrogé dans ce sens le signale à l'attention. Elle n'est pas cependant constante.

Nous avons remarqué qu'en règle tout le ventre est douloureux à la palpation et plus encore peut-être à la décompression lorsque la main qui palpe relâche la pression abdominale.

La percussion médiate ou directe de l'hypocondre gauche ou de la région basi-thoracique, au niveau de l'aire splénique, provoque une douleur vive, transfixiante, profonde, différente de la douleur pariétale des lésions costales par exemple. Certes, il s'agit là souvent de nuances symptomatiques, le plus souvent classiques, mais qu'il convient de déceler par une recherche appropriée et qui auront plus particulièrement leur valeur chez les polytraumatisés où l'interprétation des signes peut être rendue beaucoup plus délicate. Nausées et vomissements ont été notés trois fois. Le transit digestif n'est pas constamment arrêté mais les gaz sont émis difficilement.

L'examen de nos malades a permis de retrouver le plus souvent une matité de l'hypocondre gauche et surtout du flanc gauche. Elle n'est pas toujours facile à chercher ou à trouver, de même la disparition de l'espace de Traube, la matité épigastrique ont été de bons symptômes. En fait, nous ne l'avons trouvé que trois fois. Il s'agit certainement d'un symptôme inconstant qui, bien entendu, ne prend de valeur que lorsqu'il existe.

De même, l'existence d'une contracture abdominale n'a été trouvée que dans deux cas; ce qui ne nous étonne pas: c'est classique.

L'abdomen cependant peut être immobilisé dans sa partie supérieure lors des mouvements respiratoires.

A la palpation, nous avons souvent provoqué une réaction de défense, notamment au niveau de la partie supérieure du grand droit gauche.

Dans les cas vus un peu tardivement ou mis en observation, une petite distention, un certain ballonnement sont parfois apparus. Ces symptômes prennent tout leur intérêt lorsque l'attention est attirée sur la possibilité d'une rupture splénique par la notion d'un traumatisme appliqué sur la région thoraco-lombo-abdominale gauche et des signes généraux évocateurs.

La pâleur nous paraît mériter une attention particulière: c'est le signe le plus constant. Elle se remarque au visage, aux lèvres, aux conjonctives. Elle s'accompagne d'un aspect d'anxiété, de sueurs froides, quelquefois d'agitation, de soif vive, surtout de lipothymie, de tendances syncopales. Celles-ci apparaissent ou s'aggravent lors de la mobilisation en position verticale du malade. C'est un bon signe classique d'anémie aigüe bien mis en évidence dans l'un de nos cas (13) puisqu'il nous a permis de soupçonner à distance très particulièrement le diagnostic sur les relations faites par le fils du malade.

Ces symptômes nous ont apparu parmi les plus remarquables du syndrome de choc dans lequel se présentaient nos malades. Au vrai, il n'y a pas de parallélisme constant entre l'impression de choc qui donne l'aspect du blessé et les constantes habituelles: la dyspnée avec polypnée, le pouls et la T.A.

Quatre de nos blessés (4,8,13,14) présentaient des signes intenses de choc avec pouls incomptable ou à peine perceptible ou très accéléré et T.A. imprenable, effondrée. Six autres présentaient des signes de choc variable, moyen ou important avec, habituellement un pouls accéléré à un chiffre variable d'ailleurs; une fois, un enfant avait un pouls initialement à 72 mais qui s'est accéléré à 90 au cours de l'observation.

La T.A. est à un chiffre variable, sans concordance nécessaire avec l'apparence de choc. Trois fois elle était normale ou même plutôt élevée. Les autres fois modérément basse aux environs de 10 au maximum.

Certains auteurs insistent sur cette notion de variabilité des valeurs du pouls et de la T.A. Le pouls lent classiquement observable dans certaines ruptures de rate, est pour nous des plus improbables et sans caractéristiques.

Les auteurs insistent sur la tachycardie progressive et la chute de la T.A. au cours de l'observation des blessés suspects de rupture splénique non évidente d'emblée. Cette symptomatologie, logique, doit être tempérée par le fait que souvent ces blessés sont traités pour un choc modéré par des perfusions correctrices qui risquent de masquer une telle évolution. Nous insisterons plus volontiers sur la difficulté relative à déchoquer ces blessés qui ne réagissent pas avec facilité aux traitements habituels. De leur hémorragie il reste "quelque chose" malgré des thérapeutiques qui pourraient paraître suffisantes.

Au total, ce n'est pas sur un symptôme unique que le diagnostic peut être fait mais sur un faisceau de symptômes.

Six fois sur dix, toute la symptomatologie était présente pour conduire d'emblée au diagnostic, mais aussi quelquefois le contraste entre une P.A. bien conservée, l'absence de signes d'alarme urgents et l'hypothèse d'une rupture de rate évoquée sur les notions circonstanciées et la douleur ont conduit dans 4 cas

plémentaires tirés de la numération, de la radiographie et, une fois, de la ponction abdominale.

En fait, nous avons tenu compte surtout de l'évolution clinique, sans attendre d'arguments capitaux ou pathognomoniques de ces examens.

Trois fois (2,6,11,) nous avons fait des numérations. Une fois le chiffre est de 4.080.000. Dans 2 cas, le chiffre des globules rouges est un peu plus bas: 3.600.000 et 3.800.000. La leucocytose est normale ou légèrement élevée (1 fois) avec une polynucléose relative.

Ces anémies modérées apparentes ne concordent pas avec l'importance de l'hémorragie et son retentissement clinique. Elles sont donc un argument relatif à peser, à confronter avec les données de l'examen clinique. Ces résultats concordent avec ceux de la plupart des auteurs qui admettent qu'il n'y a pas de parallélisme entre la spoliation sanguine et le taux de globules rouges, expliquant par l'hémoconcentration un chiffre relativement élevé d'hématies dans le sang périphérique.

De même, nous n'avons eu recours personnellement que dans 2 cas (6,10) aux ressources de l'examen radiologique de la région splénique. Dans 2 autres cas que nous rapportons, des radiographies ont été pratiquées. A vrai dire, l'examen radioscopique a été négligé et nous ne donnons que les éléments obtenus sur des clichés. Comme il est habituellement relevé par les auteurs qui se sont intéressés à la question, il n'est certes pas de signe pathognomonique. L'ascension de la coupole diaphragmatique a été constatée parfois, mais elle est peu importante et non caractéristique; l'opacité de la loge splénique, le refoulement de l'angle colique, de l'image claire de la poche à air gastrique n'ont pas été constatés formellement ou sont d'interprétation délicate.

La disparition de la poche à air gastrique nous paraît peut-être devoir être un bon argument lorsqu'elle existe.

En effet, nos quelques rares constatations concordent avec les enseignements habituels. Il n'y a pas de signe formel, constant. Il convient de connaître ce qu'il est possible de constater. L'existence de tel ou tel argument radiologique viendra s'ajouter au faisceau d'arguments cliniques ou paracliniques obtenus par ailleurs. Il est donc possible et souhaitable, même dans certains cas, de recourir à cet examen radiologique, mais sous certaines conditions. En effet, selon certains auteurs et nous le concevons de manière évidente, il convient de ne pas mobiliser et, en particulier, de ne pas mettre en position verticale des blessés choqués ou en menace de choc ou des accidents d'anoxie irréversible.

En fait, l'intérêt de l'examen radiologique se manifeste surtout chez des blessés où le doute sur la nature des lésions est permis. Chez eux donc, un cliché pourra, le cas échéant, être de quelque secours diagnostique.

Cependant, nous admettons comme probable que l'examen radioscopique permettant d'explorer la mobilité diaphragmatique serait plus souhaitable encore que la radiographie seule, si elle est faite par le chirurgien. Enfin, elle pourra mettre en évidence certaines lésions squelettiques thoraciques notamment, dont la connaissance peut être utile.

Certains auteurs ont préconisé, dans les cas douteux, une ponction exploratrice de l'abdomen.

Nous n'avons recouru à cet examen qu'une seule fois dans le cas N° 2, particulièrement dramatique où l'état de choc du malade était gravissime et où l'examen clinique ne permettait pas de confirmer la haute probabilité de la lésion splénique. Cette ponction a été faite sous le rebord costal gauche, en zone mate, et elle n'a pas ramené de sang.

Retrospectivement, nous pensons que le siège en était mal choisi. L'expérience nous ayant montré qu'habituellement le sang liquide s'épanche dans les gouttières latérocaviques. Le flanc gauche et peut-être le droit surtout, sont probablement de meilleurs points de ponction.

Il est certain que cet examen n'a pas sa raison d'être habituellement. Toutefois, nous pensons que, occasionnellement, dans un cas douteux, on peut légitimement y avoir recours, même en différents endroits, son danger paraissant négligeable, à condition de ne tirer argument que d'une ponction positive.

FORMES RETARDEES.

L'analyse des 4 cas de rupture de rate opérée secondairement nous permet de faire un certain nombre de constatations. Dans deux de ces cas, l'hypothèse de rupture de rate avait été évoquée et les blessés placés en milieu chirurgical.

L'un d'eux (9) concernait une forme très suspecte et où l'observation prolongée a permis une intervention 3 jours après le traumatisme avant la reprise brutale d'un syndrome anémique.

Initialement l'état de choc était modéré avec une certaine pâleur et des douleurs de l'hypocondre gauche. Mais la T.A. est normale à 12/7 et le pouls bien frappé à 96, constituant un tableau suspect mais rassurant.

C'est l'observation qui a montré la persistance des signes au lieu de leur réparation, une légère élévation thermique, une chute de globules rouges à 2.700.000, localement une douleur diffuse de l'abdomen un peu ballonné.

Au total des signes d'inondation péritonéale assez précis qui n'ont cependant pas emporté la conviction de l'interne puisqu'il a pratiqué une ponction du Douglas qui ramène du sang.

L'intervention montre que l'hémostase de la plaie splénique est assurée et que l'hématome de la loge splénique s'organise déjà.

Dans le 2me cas (7), l'hypothèse d'une rupture de rate avait été évoquée devant les circonstances de l'accident et un tableau symptomatique peu explicite. La confirmation n'est pas obtenue de l'observation immédiate et même l'état de choc initial se répare spontanément.

Les jours suivants, l'amélioration se poursuit; la symptomatologie est muette. La reprise brutale survient 7 jours plus tard par un tableau plus dramatique.

Autrement dit, après un traumatisme initial suspect, un long intervalle libre précède le tableau d'inondation péritonéale. Dans ces conditions, où nous voyons que la symptomatologie est faite d'un état de choc subit avec une T.A. conservée et un pouls plutôt lent à 64, d'autres hypothèses même viennent à l'esprit.

Rétrospectivement, nous insistons sur la valeur localisatrice de la douleur, provoquée par la percussion, par la respiration profonde, la contracture de la partie supérieure du grand droit gauche, la persistance d'un transit gazeux. Par contre, la matité est un symptôme peu net et les images radiologiques sont plutôt intéressantes pour éliminer d'autres hypothèses.

Dans ce cas typique de forme en 2 temps, l'intervention montre des lésions anatomo-pathologiques parallèles à l'évolution clinique: rupture de rate donnant lieu à un épanchement sanglant abdominal, hémostase par caillot; et, expliquant le nouveau tableau, reprise brutale de l'hémorragie par décollement, ici incomplet, du caillot hémostatique.

Dans les 2 autres cas, l'hypothèse de la lésion splénique n'a pas été soulevée.

L'un des blessés (5) a été hospitalisé à la suite de traumatismes à distance de la région splénique. On peut cependant remarquer à posteriori: l'existence d'un choc initial net, d'une perte de connaissance mise sur le compte du traumatisme crânien. L'examen semble toutefois avoir été un peu sommaire et nous le regrettons.

Cependant, le choc se répare seul et pendant plus de trois jours la blessée ne se plaint de rien de notable.

Ici encore, un intervalle libre, franc, net, précède l'accident aigu d'inondation péritonéale, évocateur par le tableau, d'anémie aiguë avec des signes localisateurs nets, classiques: douleurs de l'hypocondre gauche, irradiation scapulaire, matité du flanc gauche.

L'aspect opératoire des lésions fait penser à un épanchement récent à partir d'une petite plaie de rate, sans qu'on puisse préciser davantage le moment de l'hémorragie maximum.

Enfin, le 4^{me} blessé présentait des lésions graves de la ceinture dorso-lombaire et rien dans ce tableau n'a permis, à ce moment, la discrimination des symptômes pour les attribuer à telle ou telle lésion.

Certainement, nous avons commis l'erreur de ne pas songer assez à la rupture splénique, compte tenu des lésions de voisinage.

On ne peut pas parler non plus de rupture en deux temps proprement dite, puisqu'en fait la réparation du choc n'a jamais été complètement satisfaisante. Cela s'explique puisqu'en fait la spoliation sanguine constituée d'emblée, n'a été réparée que par des apports liquidiens sans apport de sang.

Et c'est chez un blessé gravement atteint, âgé, à l'état général mauvais (cirrhose confirmée de visu) que se pose l'étiologie de ce déchocage difficile.

Notons alors la valeur en faveur de l'épanchement abdominal, de la douleur diffuse, du ballonnement léger, de la douleur à la décompression, lorsque la main qui palpe relâche la pression, l'intérêt localisateur de la douleur provoquée de la région splénique.

Notons ici l'absence de l'irradiation douloureuse scapulaire.

Enfin, notons qu'à l'intervention, il n'y avait pas de signe d'épanchement sanglant récent, mais vraisemblablement contemporain de l'accident.

EN RÉSUMÉ:

Dans ces 4 cas de rupture de rate, opérée secondairement deux sont des formes où l'épanchement initial n'a pas été négligeable, mais l'hémostase spontanée a pu se faire et permis la réanimation; l'intervention a eu lieu avant une reprise de l'hémorragie, plusieurs jours après l'accident.

Deux autres cas seulement concernent donc des ruptures avec tableau en deux temps, par reprise de l'hémorragie.

Au cours de l'observation de ces malades, prolongée de 3 à 8 jours, une seule fois nous avons tiré argument d'une numération

d'un épanchement abdominal.

La pression ou la percussion de la base thoracique, en avant ou en arrière, nous ont montré la fréquence d'une douleur profonde, transfixiante, évocatrice.

Inconstamment on met en évidence une contracture ou une défense localisée, plus ou moins étendue, mais prédominant dans l'hypocondre gauche. A ce stade, elle n'est pas toujours facile à interpréter.

L'existence d'une matité épigastrique, avec disparition de l'espace de Traube, une matité de l'hypocondre gauche, une matité des flancs seront de bons arguments, lorsqu'ils sont retrouvés, ce qui n'est pas toujours aisé.

Il convient, bien entendu, de procéder à un examen complet du malade, à la recherche de lésions viscérales de voisinage associées: rein gauche, atteinte pariétale thoracique des plus habituelles, atteinte pleuro-pulmonaire.

En fait, l'essentiel c'est de penser chez un polytraumatisé à la possibilité d'une rupture de rate et d'analyser et de grouper chez un blessé dont l'examen est difficile, les arguments symptomatiques en sa faveur.

Au terme de cet examen:

- dans nombre de cas, le diagnostic est certain d'emblée, notamment chez les traumatisés simples à symptomatologie nette et conduit à l'intervention.

- mais, souvent, l'état général ne donne pas l'impression d'un danger immédiat et, sous couvert d'un traitement du choc éventuel, on met le blessé en observation. Alors, nous semble-t-il, c'est moins devant une aggravation du choc avec chute de la T.A., accélération du pouls, que devant un choc dont la réparation est incomplète, difficile, qu'on cherche la décision thérapeutique. On s'aide de la persistance de la douleur, de son irradiation scapulaire, des signes physiques obtenus à l'examen du thorax ou de l'abdomen, que nous avons énoncés plus haut et qui se précisent ou qui persistent anormalement.

C'est dans ces cas, si on en a le temps, qu'on demande une numération globulaire: un très léger abaissement du chiffre des globules rouges, une légère leucocytose avec polynucléose sont des arguments.

C'est alors aussi, s'il n'y a pas d'inconvénient majeur, qu'un examen radiologique a sa valeur, en montrant quelquefois une opacité anormale de l'hypocondre, un refoulement du diaphragme ou des viscères, une disparition de l'image de la poche à air gastrique, une immobilité diaphragmatique.

Le diagnostic en règle devient habituellement certain. L'intervention est décidée non sans prévoir une réanimation correcte par du sang isogroupe pour l'intervention.

Telles sont les conditions les plus fréquentes du diagnostic des ruptures traumatiques de la rate.

Dans le plus grand nombre de cas, on est en présence:

- soit d'une forme typique d'emblée reconnue,
- soit d'une forme suspecte, surveillée, observée, rapidement progressive ou incomplètement améliorée par la thérapeutique et qui conduira à la décision chirurgicale dans les 24 ou 36 premières heures.

Il nous faut cependant isoler deux formes particulières:

- une forme grave d'emblée, où le syndrome d'hémorragie interne est des plus sévères et qui, malgré une thérapeutique substitutive, instituée d'emblée en même temps que l'intervention se prépare et se déroule, peut rester au dessus des ressources chirurgicales.

Ces formes soulèvent différents problèmes difficiles à aborder ici: particulièrement le problème du ramassage des blessés de la route, de leur transport, du traitement d'attente, de leur admission dans un service préparé à les recevoir et à instituer le traitement le plus efficace.

- une autre forme sur laquelle nous voulons insister: les ruptures de rate chez les polytraumatisés.

Nous avons vu que la majorité de nos blessés étaient porteurs de lésions multiples, non seulement de lésions mineures associées, mais des lésions graves, des membres, du rachis et surtout du crâne et du thorax.

Le plus souvent, il s'agit d'un accident de la circulation (automobile, "deux roues surtout). L'état de ces blessés est quelquefois des plus alarmants, les symptômes fonctionnels évocateurs de la lésion splénique risquent d'être noyés au milieu des douleurs relevant des autres lésions, ou bien ils sont discutables, difficilement interprétables, les points d'impact égarant vers d'autres secteurs.

Retenons que tout traumatisme portant sur le côté gauche du tronc que tout traumatisme grave, complexe, violent, que la multiplicité des points d'application, doivent faire toujours craindre une rupture de ce viscère particulièrement fragile.

C'est alors sur des nuances retrouvées parfois à des examens multiples, successifs, portant sur les signes que nous avons vus plus haut et que nous n'analyserons pas de nouveau, que le diagnostic sera porté.

Dans un nombre de cas plus restreint, on est en présence de formes beaucoup moins caractérisées.

Elles vont aboutir à une forme typique de rupture en 2 temps ou à une forme traînante, progressive, insidieuse. Le traumatisme initial peut faire redouter la rupture splénique; quelques signes pourraient y faire songer plus particulièrement, mais souvent ils ne prendront leur valeur qu'a posteriori.

Dans d'autres cas, rien, après l'accident, ne met sur la voie d'une telle lésion.

Un intervalle libre survient quelquefois sans symptômes (au point que le blessé peut être libéré de la surveillance chirurgicale) ou plutôt marqué de quelques signes mineurs qui devraient attirer l'attention: quelques douleurs avec une irradiation scapulaire, un hoquet, une légère dyspnée, une légère élévation thermique persistante, non expliquée par ailleurs, quelques tendances syncopales, une certaine pâleur, un pouls un peu accéléré. A l'examen, on pourrait remarquer, associés ou non, une douleur provoquée maxima dans l'hypocondre gauche, au T.E., dans la F.I.D., une diminution de l'ampliation thoracique, une légère contracture, un petit ballonnement avec une parésie intestinale, une dysurie, une matité déclive. Ces symptômes sont minimes, isolés ou parfois associés.

Pour peu qu'on pense à la possibilité de la lésion, dans un diagnostic, un examen radiographique peut contribuer à étayer le diagnostic.

A tel point que, dans certains cas, comme nous en avons deux exemples, la laparatomie avec un diagnostic au moins probable est décidée, plusieurs jours après l'accident, avant une reprise brutale de l'hémorragie.

Dans d'autres cas, le diagnostic n'a pas été porté et c'est l'accident d'hémorragie secondaire survenant brutalement avec une symptomatologie nette qui conduit à l'intervention d'urgence. Nous avons vu 2 exemples de ces formes en 2 temps, l'une au 3^{me} jour, l'autre au 8^{me} jour. Des délais plus longs ont pu être observés.

De même certaines formes peuvent aboutir, en l'absence d'accident aigu, à la guérison ou à des complications plus ou moins lointaines, la surinfection d'un hématome ou plutôt son enkystement.

Pour compléter notre étude, rappelons que de nombreuses formes cliniques ont été décrites et que nous en avons retrouvé quelques exemples au passage:

- nous avons vu une rupture de la rate pathologique: rate hypertrophique chez un cirrhotique. Le traumatisme qui l'a créée a été violent, mais on comprend qu'un viscère augmente de volume soit encore plus qu'un autre vulnérable; même sous l'effet d'un traumatisme violent.
- deux de nos exemples intéressaient des enfants. Ils se sont présentés sans particularité notable.
- nous avons rencontré de nombreuses ruptures de rate avec des lésions associées, sans parler des lésions à distance chez les polytraumatisés:
 - = nous noterons l'unique exemple de contusion rénale, homolatérale d'ailleurs très minime, plutôt peri-rénale. C'est cependant la lésion habituellement la plus fréquemment associée.
 - = deux fois, une petite contusion colique gauche avec hématome sous-séreux, sans conséquence, a été observée.
 - = enfin, nous insisterons surtout sur la fréquence encore plus grande que classiquement des lésions thoraciques: des lésions pariétales avec fractures pluricostales, des lésions viscérales qui semblent bien avoir largement contribué à mettre au dessus des ressources thérapeutiques notre blessé (n° 14).

Pour terminer notre étude, nous dirons que la rupture de rate nous a paru la plus fréquente des lésions abdominales dans les traumatismes fermés. A titre de comparaison, dans le même temps d'observation, nous n'avons eu qu'un seul blessé, d'ailleurs polytraumatisé, porteur d'une rupture hépatique.

LE TRAITEMENT

RECHERCHES SUR LA RUPTURE DE LA RATE

Le traitement de la rupture de la rate consiste dans la splénectomie.

Différents problèmes se posent pour la réaliser. Ils concernent le dispositif opératoire, la voie d'abord, les particularités techniques, le drainage, la réanimation.

Le blessé est placé dans le décubitus dorsal, légèrement tourné vers la droite sur un billot. Le champ opératoire est très largement prévu, notamment vers la base thoracique gauche, et, compte-tenu de la possibilité d'autres découvertes opératoires éventuelles.

Pour notre part, nous avons pratiqué une incision médiane sus-ombilicale. Elle nous a donné un accès suffisant à la région splénique et permis la splénectomie sans difficulté moyenne, la majorité des ruptures intéressant des rates petites, non pathologiques, mobiles ou mobilisables.

Elle présente l'avantage d'être rapide et de permettre une exploration des lésions et, le cas échéant, d'être agrandie. Il est certain qu'on peut, si on redoute des difficultés, faire d'abord une médiane courte sus-ombilicale ou sus et sous-ombilicale, sur laquelle on peut continuer vers le haut une incision oblique vers la 9^{me} côte, intéressant si nécessaire le rebord costal, permettant, le cas échéant, un accès thoracique.

Nous n'avons pas eu à utiliser personnellement cette possibilité que nous avions prévue dans le dispositif opératoire. Mais elle a été exécutée dans 2 des observations qui nous ont été confiées dont l'une comportait en outre une rupture diaphragmatique gauche.

De même, on peut, à partir de l'extrémité inférieure de l'incision, brancher une incision transversale ou oblique, ce qui a été pratiqué une fois par le même chirurgien.

Certains auteurs préconisent une installation du blessé en décubitus dorso-latéral droit et font une incision oblique de l'hypocondre, en direction de la 9^{me} côte, procédant par dissociation des muscles. Ils invoquent eux aussi la rapidité d'une incision anatomique, ses possibilités d'agrandissement soit par incision de la gaine du grand droit gauche, soit en débordant sur le thorax, enfin une fermeture de bonne sécurité. L'accès de la rate serait très aisé. Nous n'y avons pas eu recours dans nos observations, mais par l'expérience que nous en avons eu par ailleurs. Nous pensons qu'il s'agit d'une bonne voie d'accès; elle suppose cependant un diagnostic suffisant, concernant à la fois la lésion splénique et l'absence d'autres lésions dans les autres secteurs abdominaux.

Elle nous paraît souhaitable en cas de lésions thoraciques dont l'exploration peut s'avérer nécessaire.

Ces deux voies d'accès, médiane ou dans le sens de l'obliquité costale nous paraissent les plus satisfaisantes par leurs possibilités. Elles seront choisies suivant l'opportunité.

Certes, d'autres voies d'accès ont été décrites. Elles sont nom-

preuses. Différents auteurs y ont attaché leur nom. Les incisions paramédianes gauches ou transrectales se rapprochent de la laparatomie médiane. Elles sont un peu moins rapides, mais leur réparation serait plus solide.

Surtout, ce sont des incisions obliques sous-costales ou des incisions transversales. Nous ne pensons pas qu'elles soient recommandables. Nous ignorons le jour qu'elles peuvent donner, mais elles nous paraissent traumatisantes et leur réparation nous semble difficile et incertaine. En effet, sans vouloir porter de jugement définitif sur un seul exemple, nous voudrions cependant rapporter le cas d'un blessé que nous avons vu en examen d'expertise et qui présentait une énorme éventration consécutive à une incision sous-costale gauche pour splénectomie post-traumatique. Malgré une réparation difficile avec interposition d'un réseau de nylon, elle constituait une infirmité importante.

Enfin, dans certains cas, la lésion n'est pas diagnostiquée, mais l'intervention est décidée devant un tableau alarmant d'hémorragie interne. Dans ce cas, une courte laparatomie de siège choisi en fonction de la lésion présumée, permet de reconnaître l'origine de l'hémorragie et de changer au besoin de voie d'abord. C'est ainsi qu'une fois nous avons eu à prolonger largement en médiane sus-ombilicale chez un traumatisé suspect de lésion vésicale et porteur en réalité d'une rupture splénique.

Dès l'ouverture, on constate un hémopéritoine. Il est rapidement aspiré et la main plonge vers la loge splénique et cherche à saisir la rate en explorant sa surface. Dans certains cas, la lésion splénique est facilement reconnue. Dans d'autres cas, l'intégrité du viscère est apparente. Notons la valeur localisatrice des caillots: leur existence signe la lésion viscérale de voisinage. Ils sont toujours situés dans la région du viscère qui saigne. Le reste de l'abdomen est inondé par du sang liquide. L'existence de caillots plus ou moins volumineux dans la loge splénique, moulés entre foie et estomac, sous la coupole gauche, témoignent de la zone de saignement.

La toilette de la loge splénique est rapidement faite et la rate explorée à la vue, sans négliger - ce qui n'est pas toujours facile, - la face externe qui peut être le siège d'une lésion minime.

Dès lors, l'hémostase est assurée en empaumant l'organe qui est attiré vers soi et en pinçant son pédicule entre deux doigts. La rate est habituellement retenue par des ligaments phréno-spléniques plus ou moins larges, denses et solides. Ils peuvent se rompre parfois très facilement, l'amorce de rupture ayant été créée par le traumatisme.

Dans certains cas, cette manoeuvre d'exteriorisation crée une décapsulation partielle qu'il ne faut pas redouter; la date en se pédiculant facilite la suite de l'opération. S'ils résistent on assure leur section aux ciseaux.

L'expérience nous a appris à recourir à cette pédiculisation de la rate plutôt que de procéder à une hémostase première et directe du pédicule splénique.

L'exteriorisation plus ou moins complète permet en effet de faire l'hémostase, assez aisément, en règle générale par pluri-ligatures étagées, soit au catgut, soit au lin. Nous préférons faire les ligatures premières en passant les fils au clamp dissecteur courbe, plutôt que de procéder à la forcipressure, suivie de section puis de ligature sur pince.

Par contre, il nous paraît plus logique, avec la plupart des auteurs - et c'est ainsi que nous avons procédé - de commencer simultanément la perfusion et l'acte opératoire. L'accès à la lésion chez ces blessés est rapide et l'hémostase assurée alors par empaumement de la rate ou clampage de son pédicule entre deux doigts. Dès lors, la réanimation pourra être efficace par perfusion rapide du sang nécessaire. Il n'y a plus d'urgence à terminer l'intervention. Il nous a même paru préférable d'être patient et de procéder sans hâte, à la fin de la splénectomie chez un blessé dont les conditions s'améliorent rapidement pendant l'intervention par le fait d'une oxygénation correcte, d'une évacuation de l'épanchement sanglant abdominal, d'un éventuel vidage gastrique par une sonde, de l'hémostase et de la reconstitution du volume sanguin par perfusion.

Le volume du sang à perfuser est fonction du sang épanché, mesuré dans l'aspirateur et par pesée du linge souillé et comptetenu des signes d'examen.

Une moyenne de 1.000 à 2.000 CC de sang citraté a été perfusé dans les 24 premières heures chez les adultes. Chez les deux enfants de 500cc et de 1.000 cc respectivement.

Il est habituel, en fin d'opération, de voir le blessé dans un état beaucoup plus satisfaisant qu'initialement.

Certes il existe des cas où l'état de choc extrême, interdit immédiatement l'intervention sans essai de réanimation préalable. Dans ces cas où l'expérience du chirurgien intervient pour une part importante dans la décision, il y a intérêt à perfuser ou ~~transfuser~~ en quantité suffisante du sang iso-groupe et d'assurer une oxygénation maxima pour tenter d'obtenir au moins un pouls perceptible et une T.A. prenable.

Il convient cependant de ne pas éterniser cette réanimation et de choisir le moment opportun de l'acte chirurgical qui peut seul assurer l'hémostase. Les perfusions continues pendant et après l'intervention compensent la déperdition sanguine. C'est ce qui a été pratiqué avec succès dans les observations N° 8 & 4 où 1.500 c.c. de sang frais citraté ont été passés avant l'acte chirurgical.

Dans le cas N° 14, l'urgence de l'intervention s'est fait sentir devant l'aggravation en quelques minutes de l'état de choc qui conduisit à la mort apparente. Une perfusion (à l'appareil de Jouvelet ou à la seringue de Jubé) de sang O Rh - (l'urgence interdisant d'attendre le groupage) n'a pas empêché l'arrêt cardiaque (où le trouble de la ventilation pulmonaire et la diminution de la masse sanguine se disputent la responsabilité). Le massage cardiaque et la perfusion intra-artérielle n'ont permis qu'une survie de courte durée. On comprend alors la responsabilité de la décision à prendre. On mesure mieux l'urgence du transport vers un centre équipé et pourvu d'un personnel expérimenté.

Enfin rappelons que certains auteurs ont pu réutiliser le sang épanché recueilli aseptiquement à l'ouverture de l'abdomen. Il suffit de le filtrer pour le débarrasser des caillots qu'il contient. Il est spontanément incoagulable.

~~~~~

mmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmmm

[illegible]

Les conséquences de la splénectomie ont été étudiées par de nombreux auteurs anglo-saxons et scandinaves notamment, tant chez l'adulte que chez l'enfant.

Elles sont loin d'être claires. Différentes fonctions ont été étudiées.

Les fonctions hépatiques sont inchangées. Notamment les perturbations du métabolisme glucidique semblent mineures et discutables, le métabolisme du fer sans anomalie décelable.

Après un certain temps, la numération et la formule sanguine retrouvent des taux normaux, la moëlle osseuse reste de composition pratiquement normale, il n'y a pas d'hyperplasie des ganglions lymphatiques, le test de splénocontraction à l'adrénaline ne donne pas de modification de la composition du sang.

Enfin, cliniquement, la sensibilité aux infections ne paraît pas plus grande. Seule une fatigabilité à l'effort a été notée particulièrement fréquemment chez les splénectomisés, semblant établir ainsi une relation de cause à effet, malgré l'absence de test objectif.

Nous avons testé quelques uns de nos splénectomisés. Lorsqu'on les interroge, ils n'ont aucune doléance particulière à mettre sur le compte de la splénectomie. Certains n'accusent aucun trouble, d'autres, parmi les accidentés de voie publique, éventuellement indemnisables, invoquent des troubles incontrôlables, ou sans rapport de toute évidence.

L'un d'entre eux, mis sur la voie, fait état de fatigabilité anormale.

Tous nos blessés guéris, ont repris leur travail ou leurs occupations antérieures.

Dans quelques cas, dont deux à l'occasion d'expertise, la numération avant et après l'effort a été pratiquée et n'a montré aucun changement.

Les deux enfants splénectomisés se portent normalement.

La cirrhose de l'un de nos blessés ne semble pas cliniquement modifiée dans son évolution.

La splénectomie, comme le rapportent les auteurs qui se sont intéressés à ses conséquences, ne donne donc pratiquement pas de séquelles appréciables, par substitution du reste du système réticulo-endothélial de tout l'organisme et l'étude de nos malades s'inscrit dans ces conclusions.

Nous remarquerons cependant que les barèmes d'invalidité donnent paradoxalement des taux de 15 à 30 %. Sans méconnaître la nécessité d'une indemnisation légitime et la prudence qui convient dans l'appréciation de séquelles, nous ne pouvons nous empêcher de considérer ces taux comme excessifs.



Cette étude des ruptures traumatiques de la rate portant sur des cas, certes en nombre limité, mais observés récemment dans des circonstances homogènes, nous a paru de ce fait intéressante à plus d'un p.de V que nous allons rappeler.

### I. Sur le plan étiologique:

les accidents de la circulation (automobile ou surtout engin à deux roues) constituent des circonstances particulièrement fréquentes, supplantant le banal accident à point d'impact limité; les risques sont ainsi multipliés en nombre et en aspect.

Du fait des circonstances de l'accident,

- tous les âges peuvent être intéressés,
- le traumatisme provocateur de la lésion est violent.

Tout traumatisme du côté gauche risque de créer la lésion et doit faire penser systématiquement à la rupture de rate sous-jacente possible

- les lésions associées sont d'une très grande fréquence

- . non seulement des lésions abdominales, rares en fait, mais des lésions thoraciques, pariétales surtout, parfois viscérales, se comportant comme un facteur aggravant évident d'anoxie,

- .. mais encore des lésions associées à distance: lésions de traumatisme cranio-cérébral, lésions des membres simples ou multiples et complexes dont l'inventaire et les conséquences ne sont pas toujours faciles à apprécier et qui risquent de masquer ou de faire négliger cette lésion profonde et cependant redoutable qu'est la rupture de rate.

- ... ce sont ces lésions associées qui constituent, semble-t-il, à notre époque, le facteur majeur de mortalité dans les ruptures spléniques.

Incidemment se pose le problème du ramassage des blessés, de leur transport dans les meilleures conditions vers un centre équipé pour les recevoir et assurer leur traitement dans les meilleurs délais.

### II. Du point de vue anatomo-pathologique:

Comme il est classique, tout peut se voir au niveau de la rate. mais le plus souvent les lésions intéressent la face postérieure et postéro-externe (la plus exposée par son orientation) et la disposition individuelle des ligaments suspenseurs.

Il n'y a pas de problème entre le siège et l'importance des lésions et le volume de l'hémorragie, sa symptomatologie et son évolution.

### III. Le diagnostic est basé

- . sur le type et le point d'impact du traumatisme,

- .. sur le tableau immédiat et progressif fait de signes fonctionnels:

- douleur spontanée prédominant à l'hypochondre gauche
- douleur provoquée à la décompression de l'abdomen par la main qui palpe (signe de McBurney)
- douleur provoquée par la palpation de la base thoracique de l'hypochondre gauche,



ganisme ).

Dans ces conditions, les taux de 15 à 30 % proposés par les barèmes, paraissent à réviser.



Vu, le Président de Thèse :

M. J. GOSSET

Vu, le Doyen de la Faculté :

M. L. BINET

Vu et permis d'imprimer  
le Recteur de l'Académie de Paris  
J. ROCHE



## Ruptures traumatiques de la rate

- AARON E.A. - Des hémorragies retardées dans les traumatismes de la rate. Thèse Paris 1941, N° 316, 42 pages.
- ABRAHAMSEN H. & KRARUP B. - La splénectomie; remarques sur ses indications. ACTA medic.scand. 1948, suppl. 213, 9-37 (Bibliogr.)
- ADAMS T.W. & MUSSELMAN M.M. Dépistage et traitement de la triade: blessures de la rate, du rein et du diaphragme. Am.J.Surg., Mars 1954, 87, N°3, 452-456, 6 fig.(Bibliogr.)
- ALVIN W. - Considérations sur un cas de hernie diaphragmatique traumatique avec rupture intrathoracique de la rate. Rev.brasil.Cir. Mars 1958, 35, N° 3, 300-306 (Bibliogr.) (résumé franç.)
- ASK-UPMARK E. Effets éloignés de l'ablation de la rate saine chez l'homme. - Acta medic. scand. 7 juillet 1951, 140, N°1, 25-27. (Bibliogr.)
- ATTENBOROUGH C.G. - Rupture à retardement de la rate: relation de 2 cas. - Brit.med.J. 14 Fév.1953, N°4806, 380 (Bibliogr.)
- AUGER P. - Un cas de rupture de la rate et ses complications.- Laval méd. Sept.1956, 21, N°7, 920-929, 6 fig.6 (Bibliogr.)
- BACCAGLIANI G. Contusion thoraco-abdominale avec hémothorax, hémopéritoine et hématurie. Rupture de la rate et contusion probable de la surrénale. Infiltration anesthésique du sinus carotidien. Splénectomie. Guérison.- Minerva chir. 15 Nov. 1948, 111, N° 16, 567-569.
- BACHMANN W.- Symptomatologie des blessures de la rate. Schweiz. Med. Wschr. 20 Déc.1947, 77, N°51, 1331-1332.
- BAILEY H.A. & SCHREIBER S.L. Rupture différée de la rate. Relation d'un cas.- Am.J.Surg. Octob.1944, 66, N° 1,4.
- BARDON G. GAUSSEN & DEPAULIS J. - Infarctus et rupture secondaire traumatique d'une rate saine.- Bordeaux chir. av. 1959, N°2. 66-68.
- BEAUDRY E. - Les ruptures traumatiques de la rate.- Laval méd., Janv.1956, 21, N°1, 39-51, 6 tabl. (Bibliogr.)
- BEGEMANN H & GEHLE W.- Les résultats de la splénectomie post-traumatique. Deutsche med. Wschr. 6 Mars 1959, 84, N° 10, 449-455. (Bibliogr.)
- BELL H. & STEELE G.H.- Rupture retardée de la rate. Lancet, 6 Mai 1944, 598-599.
- BENDIG I.L. - Rupture traumatique de la rate simulant une rupture de l'utérus gravide.- Akoucherstvo Guinek.Moscou. 1956, N°6, 77-78.

- BENCEL T.- Rupture de la rate au cours de la grossesse. Geburtsh. Frau enh. Avr 1956, 16, N°4, 356-359. (Bibliogr.)
- BOLEY S.J -Mac KINNON, W.M.P. & SCHWARTZ S.S. - Rupture traumatique de la rate chez l'enfant. - Am.J.Surg, avril 1956, 91, N°4. 78-84, 10 tabl, 1 fig. (Bibliogr.)
- BOLLINGER J.A. & FOWLER E.F.- La rupture traumatique de la rate, en particulier la rupture tardive. Am. J. Surg, av.1956, 91, N°4 561-570. (Bibliogr.)
- BOLOGNA M. - Rupture traumatique et soi-disant spontanée de la rate. Réf. méd. 6-12 juillet 1940; N° 27-28, 869-881.
- BOLOT F., TICHADOU M. & L HABABI H. Ruptures de la rate par contusion abdominale. Maroc méd. Av.1956, 35, N° 371; 365-369.
- BONACCORSI R. - Sur trois cas de rupture traumatique de la rate. Minerva chir; 15 Nov.1948, 111, N°16. 563-567.
- BROSIG G.- Le diagnostic de rupture de la rate en un et en deux temps.- Zbl.chir. 19 Mars 1960, 85, N°12, 484-487. (Bibl.)
- BYRNE R.V. La rupture de la rate.- Surg.Gyn.Obst. août 1951, 93, N°2, 247-249.
- CARTIER B.N. L'abord thoraco-abdominal combiné avec remarques particulières sur son emploi dans la splénectomie.- Surg.Gyn.Obst. Juin 1947, 84, N°6, 1019-1028, 10 fig. (Bibl)
- CASILE M.- Rupture apparemment spontanée de la rate, quatorze mois après un traumatisme violent de l'hypochondre gauche.- Bull.Soc.Path.exot. 1953, 46, N°3. 481-487.
- CHAMBERLAIN D.- La splénectomie.- Ann.Roy. Coll.Surg.England; mars 1950, 6, N°3. 158-168, 6 fig.
- CLOUTIER L.C. & ZAEPFEL F.M.- Rupture traumatique de la rate.- Surg.gyn.Obst. Déc.1958, 107, N°6, 749-752. (Bibliogr.)
- CORNELEAC E. La rupture traumatique de la rate chez l'enfant.- Zbl. Chir. 11 Oct.1958, 83, N°41. 1927-1932. (Bibliogr.)
- COTLAR A & CERISE E.J.- La splénose. L'auto-transplantation de tissu splénique à la suite de traumatisme de la rate.- Ann. Surg. Mars 1959. 149, N°3, 402-414, 2 fig. 6 tabl. (Import bibliogr.)
- COYLE J.A. KLEIMAN A. & SMITH M.K.- Hémorragie différée après rupture traumatique de la rate. New-York State J.Med., 15 Mai 1950, 50, N°10, 1264. (Bibliogr.)
- CROSTA C.- Le tableau radiologique des ruptures traumatiques de la rate. Minerva med. 17 Janv.1958, 49, N°5. 165-167, 5 fig. (Bibliogr.)
- CUNHA O. Ruptures de la rate. ( Diagnostic et traitement, présentation de cas.)- Rev.brasil.chirur. Août 1951, 22, N°2. 91-98, 4 fig. (Bibliogr.)
- CURTILLET E.- Rate rompue en deux temps.- Afrique franç.chir. août-sept.oct. 1949. N° 7/8, 170.
- DACHA U.- Un cas de rupture traumatique de la rate. Minerva chir. 31 mai 1954, 9, n° 10, 480-481 (résumé franç.)
- DARGENT M.- Rupture traumatique de la rate et d'un rein gauche atteint d'angiosclérose chez une hypertendue. Interven-

tion d'urgence. Résultats au dixième mois.- Lyon chir.,  
Févr. Mars 1950, 45, n°2, 211-214.

DEAVER J.M.- Hémorragie retardée consécutive à la rupture traumatique de la rate. En particulier, les constatations radiologiques.- Ann.Surg. Mars 1941, 113, n°3, 477-480.

DELANNOY E.- Rupture de la rate avec hémorragie retardée. Mém. Acad.Chir. 22 fév.1939, 65, n°7, 279-286.

DELLA CORTE M.- Traumatismes fermés des viscères pleins abdominaux et rupture en deux temps de la rate. Giornale ital. di Chirur. Vol.13. n°7. Juillet 1957. 632-652.

DERISI J.- Quatre cas de ruptures de la rate dont une compliquée de rupture de la queue du pancréas;- Mem.Acad.Chir. Janv.1948, 74, n° 1.2, 30-33.

DESJACQUES R. ALLEGRE E & OLIVERO R.- Rupture de la rate saine par traumatisme minime.- Lyon chir. Nov.Déc 1946, 41, n°6 653-660 (Bibliogr.)

DEVORS P. et SIVAN.- Traumatisme de la rate et du rein gauche, syndrome hypertensif. Rupture secondaire de la rate et splénectomie suivie d'hyperthermie. Déconnexion, guérison.- Lyon chir., juil. 1956, 51, n° 5, 617-618.

ECONOMY O. KOUCKY C. NOUACK K.R.L. America Journal of Surgery vol. 99, n° 3 1960 P. 646-650.

EFIMICHINE N.C.- Le mécanisme et le diagnostic des déchirures traumatiques sous-cutanées de la rate.- Khirourguia (russe), 1953, n° 11, 57-60.

EK J.I. et RAYNER S.- Etude analytique des cas splénectomisés après rupture traumatique de rates saines.- Acta med. scand., 1950, 137, n° 6, 417-435 (Bibliogr.).

FERNANDEZ de la CRUZ A.G.- Ruptures de la rate en deux temps par traumatisme fermé avec hémorragie secondaire tardive et apparition d'altération hépatique après la splénectomie.- Rev. clin. Españ., 15 sept. 1951, 42, n° 5, 336-338 (Bibliogr.).

FEBY D.W.- Rupture traumatique d'une rate normale avec hémorragie différée. Relation d'un cas.- Am. J. Surg., août 1941, 363-366. (Bibliogr.).

FROHNER RN - Traumatismes et affection préexistante avec rupture de la rate.- Policlinico (sez. prat.), 10 sept. 1951, 58, n° 37.

FROHNER R.N.- Traumatisme et affection préexistante avec rupture de la rate.- Ann. Int. Med., mars 1954, 40, n° 3, 501-505 (Bibliogr.).

GALVANO G. et GIUDICE P.- Les hémorragies par rupture traumatique de la rate.- Policlinico (sez. prat.), 10 sept. 1951, 58, n° 37, 1161-1165.

GAUCHERAND J., BURTHIAULT R., MOUSSELOU J. et LOAEC Y.- Rupture traumatique de la rate, chez une femme enceinte de 7 mois 1/2. Césarienne, splénectomie, guérison.- Gynéc. Obst., 1952, 4, n° 1, 117-118.

GILLIS L.- Rupture retardée de la rate.- Lancet, 23 déc. 1944, 822-823

- GIMBATTI J.F.M.- Rupture de la rate. Conclusions basées sur le traitement de 27 cas.- Prensa méd. argent., 24 juil. 1959, 46, n° 30, I879-I887, 2 fig. 3 tabl. (Bibliogr.).
- HAMRICK R.A. et BUSH J.D.- Transplantation autoplastique de tissu splénique, chez l'homme, consécutive à une rupture traumatique de la rate. Ann. Surg., janv. 1942, II5, n° I, 84-92 (Bibliogr.).
- HARKINS H.N. et ZABINSKI E.J.- Rupture traumatique de la rate. Relation de 10 cas dans un hopital général.- Am. J. Surg., juil. 1943, 6I, n° I, 67-75 (Bibliogr.).
- HESLOP J.H.- Le signe de Saegesser (pour un diagnostic de rupture traumatique de la rate).- Lancet, 8 déc. 1956, 2, n° 23, II84-II85.
- HINSHAW D.B. et MURRAY G.C.- L'hémorragie splénique simulant une pancréatite aiguë.- Surgery, août 1957, 42, n° 2, 375-378.
- HOTTINGER A. et GILARDI A.- Rupture d'une rate normale au cours d'un traumatisme obstétrical.- Schweiz. med. Wschr., 14 juin 1958, 88, n° 24, 587-591 (Bibliogr.).
- HUDSON H.N.G.- Trois cas de blessures intra-abdominales fermées. (Rupture de l'estomac, du jéjunum, de la rate).- Brit. Med. J., sept. 1945, 4421, 419-420.
- HUNTER R.M. et SHOEMAKER W.C.- La rupture de la rate dans la grossesse.- Am. J. Obst. Gyn., juin 1957, 73, n° 6, 1326-1331, 3 fig. (Bibliogr.).
- IMNAISCHWILI B.E.- Lésions sous-cutanées de la rate d'origine traumatique. Khirurgiia (russe), 1954, n° 7, 30-34.
- JAKOB R. et WEBER K.E.- Rupture de la rate et formes de son évolution.- Munch. med. Wschr., 4 juil. 1958, n° 27, 1023-1027 et 1036, 7 fig.
- JONASCH E.- Rupture traumatique simultanée de la rate et de l'estomac.- Munch. med. Wschr., 31 oct. 1958, 100, n° 44, 1697 (Bibliogr.).
- JORGE J.M. et GONI MORENO I.- Ruptures traumatiques de la rate.- Etude de 16 observations.- Prensa méd. argent., 8 juil. 1942, 29, n° 27, 1085-1089.
- JORGE J.M. et GONI MORENO I.- Ruptures traumatiques de la rate. (Etude de 16 observations). - Prensa méd. argent., 15 juil. 1942, 29, n° 28, 1130-1142, 16 fig.
- JOYEUX Sur les indications dératrices des ruptures traumatiques de la rate dites "retardées".
- KLEIN H.- Sur l'interprétation des ruptures de la rate, en particulier des ruptures tardives post-traumatiques.- Med. klin. 7 juil. 1944, 40, n° 27-28, 409-411.
- KNEISE G.- L'hémorragie tardive de la rate après traumatisme abdominal contondant.- Chirur. août 1949, 20, n° 8, 427-430.
- KOCH S.L., MASON M.L. et PRIESTLEY H.T.- Splénectomie d'urgence.- Surg. Gyn. Obst., oct. 1952, 95, n° 4, 519-523.
- KOLE W.- Rupture de la rate saine due à un traumatisme. Etude expérimentale sur le mécanisme de sa genèse.- Langenbecks Arch. Klin. Chir., 1954, 278, n° 4, 345-360, 9 fig. (Bibliogr.).

ROUSMINE N.A. - Rupture sous-cutanée traumatique de la rate.-  
Khirourguia (Moscou), 1959, n° 12, 66-68.

KUNEZ D., NAGY D., SZILVASY L. et TOTH J.- Rupture traumatique  
de la rate en deux temps au 8ème mois de la grossesse.-  
Zbl. Gyn., 12 oct. 1957, n° 41, 1598-1600.

LAHEY F.- Technique de la splénectomie.- Surg. clin. North Amer.,  
juin 1949, 29, n° 3, 739-745.

LAPORTE F.- Rupture de la rate avec intervalle libre.- J. Méd.  
Bordeaux fév. 1946, n° 3-4, 59.

LARGHERO Y.P. et GIURIA F.- Rupture traumatique de la rate :  
données statistiques sur 18 cas.- Surg. Gyn. Obst., av.  
1951, 92, n° 4; 385-404, 9 fig. 5 graph. (Bibliogr.).

LAURENT G. et RAUTUREA J.M.- Ruptures associées de la rate et du  
rein gauche.- Mém. Acad. Chir., 12-19 oct. 1949, 75,  
n° 26-27, 683.

LEGER L. et SOURDILLON J.- Abord de la rate par voie combinée  
abdomino-thoracique (splénectomie, anastomose spléno-  
rénale).- J. Chir., fév. 1951, 67, n° 2, 143-151 (Bibliogr)

LESTER C.W.- Les blessures par compression du thorax chez l'en-  
fant.- Relation d'un cas compliquant une rupture de la  
rate.- Am. J. Surg., nov. 1944, 66, n° 2, 275.

Mc KINNON W.M.P., BOLEY S.J. et MANPEL J.- L'infection chez l'  
enfant, après splénectomie pour rupture traumatique.- Am.  
J. Dis. Child., déc. 1959, 98, n° 6, 710-712 (Bibliogr.)

MADER H.- Traumatismes combinés de la rate et du rein.- Wien. med.  
Wschr. 8 nov. 1958, 108, n° 45/46, 984-986, 6 fig.

MANSFIELD R.D.- La rupture traumatique de la rate normale.- Am.  
J. Surg., av. 1955, 89, n° 4; 759-768 -Bibliogr.

MARION J., MATHIEU, PERRIN J. et FRANCLION J.- Cinq ans de rup-  
tures associées de la rate et du rein gauche.- Lyon méd.,  
juil.-août 1946, 41, 454-456.

MATHIEU J.- Dix cas de rupture traumatique de la rate (dont deux  
éclatements associés de la rate et du rein gauche).- Lyon  
méd., 1945, 174, n° 49, 461-467.

MERIEL E.- L'hémorragie en deux temps dans les ruptures traumati-  
ques de la rate.- Concours méd. 22 Fév. 1942, n° 8, 263-  
266.

MEYER-MAY J. et TON THAT TUNG.- Note sur une statistique de chi-  
rurgie de la rate.- Mém. Acad. Chir. 29 Nov.- 6 Déc. 1939,  
65, n° 28, 1249-1261.

MILLER E.M. et HEGEDORN A.B.- Résultats de la splénectomie :  
étude de 140 cas consécutifs.- Ann. Surg., nov. 1951, 134,  
n° 5, 815-821 (Bibliogr.).

NAVARRANNE P., GINDREY J. et RASOLOFONDRAIBE A.- Sur deux obser-  
vations de rupture traumatique de la rate.- Bull. Soc.  
méd. Afrique noire, 1960, 5, n° 1, 81.

NEFEDOV A.F.- Le chirurgien en présence d'une rupture de la rate.-  
Khirourguia (Moscou), 1959, n° 12, 95-96.

NORELL H.G.- Rupture traumatique de la rate diagnostiquée par  
aorthographie abdominale. Relation d'un cas.- Acta radiol.,  
déc. 1957, 48, n° 6, 449-452 (résumé franç.).

- OLANDER G.A. & REIMANN A.F. - Hémorragie splénique intermittente post-traumatique. relation d'un cas.- Ann.Surg. Janvier 1953, 137, n°1, 104-107, 6 fig. (Bibliogr.)
- OLIVIER R.K., THIGPEN F.M. & HOLDING F.B.jr. - Rupture de la rate à l'origine d'une hémorragie intrapéritonéale en rapport avec un pneumopéritoine.- Am. Rev.Tub. Février 1955, 71, n°2, 291-294, (Bibliogr.) -Résumé franç.
- PARSONS L. & THOMPSON J.E. - La rupture de la rate par traumatismes non pénétrants.- Ann.surg. Février 1958, 147, n°2, 214-223, 7 tabl. (Bibliogr.)
- PIETHI P. & GHIRINGHELLI C. - La rupture traumatique de la rate. Minerva med. 13 juin 1956, 47, n° 47, 1853-1856. (Biblio)
- PIGAGNIOL G. HERVE A. & VOVOR M. - Les ruptures de la rate.- Gaz. Hôp. 10 Oct.1957, 129, n°28, 921-931 (Bibliogr.)
- PIQUINELA J.A. - Les ruptures traumatiques de la rate.- An.Fac. Méd. Montevideo, Sept-Octobre 1956, 41, n°5, 159-180, 8 fig. (Bibliogr.)
- POINOT & CORNET Rupture de la rate à masque d'occlusion intestinale. J.Méd.Bordeaux, Oct.1948, 125, n°10, 481.
- POMPILI M. Considérations sur le mécanisme pathogénique des ruptures traumatiques de la rate. Minerva chir. 31 juillet 1952, 7, n° 14, 536-539 (Bibliogr.)
- POMBO DO AMARAL J. - Traumatisme de la rate. Anatomo-physiologie. Rev. brasil. Cir. Juin 1956, 31, n° 6, 730-760. (Bibliogr.) Résumé franç.
- ROETTIG L.G. NUSBAUM W.D. & CURTIS G.C. - Rupture traumatique de la rate. Am. J. Surg. Fév.1943, 59, n°2, 292-319, 7 fig. (Bibliogr.)
- ROUHIER G. - L'abord de la rate et de la vésicule biliaire par incision médiane ou para-médiane gauche.- Mém.Acad.Chir. Juin-Juil. 1954, 80, n° 23-24, 627-628.
- SCHWARTZ S.S. BOLEY S.J. & PEKINNON W.M.P. - Les observations radiologiques dans la rupture traumatique de la rate chez l'enfant. Am.J.Roentgénol. Sept. 1959, 82, n° 3, 505-509 (Bibliogr.)
- SCOTT W. - Rupture traumatique de la rate dans l'enfance.- J.A.M.A 2, Févr.1946, 270-273.
- SOURDILLE J. - Abord de la rate par voie abdomino-thoracique et contribution à l'étude de la fièvre après splénectomie.- Thèse Paris 1951, 36 pages. (Bibliogr.)
- SPADARO G. - Lésions de la rate dans les traumatismes fermés et ouverts de l'abdomen. Annali ital.di Chir..Vol.36. Fasc3. Considérations sur 91 cas. Pages 129-149.
- SPARKMAN R.S. - Rupture de la rate au cours de la grossesse.- Am.j.Obst.Gyn. Sept.1958. 76, n°3, 587-598 (Bibliogr.)
- STAJANO C. - Idées directrices physiologiques dans l'interprétation clinico-diagnostique des traumatismes de la rate.- Mém. Acad. Chir. 14-21 mai 1952, 78, n° 16-17, 454-457.
- STORSTEEN K.A. & REMINE W.H. - RUPTURE de la rate avec implants spléniques: Splenosel Revue de la littérature et relation

- d'An c. Ann. Surg. Avr. 1953, 137, n°4, 553-557 (Bibliogr.)
- SUIRE P. LAFFITTE H & GORDJI M.- Réflexions anatomo-cliniques au sujet des ruptures secondaires de la rate. La valeur de l'hématome sous-capsulaire.- Mém.Acad.Chir. 26 Janv-2 Fév. 1955, 81, n° 4-5, 162-168.
- SUIRE P.- Réflexions anatomo-cliniques au sujet des ruptures secondaires de la rate. La valeur de l'hématome sous-capsulaire.- J.Inter. Coll.Surg. Mai 1954, 23, n°5. 633-639. (Bibliogr.) (Texte franç.)
- TEASDALE D.H.- Rupture simultanée de la rate et du rein gauche;- Brit.J.Surg. Mai 1954. 41, n° 170. 620-622. (Bibliogr.)
- THOMPSON W.- Un cas de rupture de la rate et de déchirure de l'artère mésentérique supérieure.- Brit.Méd.J. 29 Janv.1949, n° 4595, 183.
- TOURNEUX J-P.- Rupture traumatique de la rate.- Concours méd. 31 juil.1948, n°31, 1557-1558.
- UNGERSTEDT T.- Un cas de rupture différée de la rate.- Concours méd; 31 juil.1948, n° 31, 1557-1558;/Acte chir.scand. 4 Juil.1949, 98, n°2, 105-108. (Bibliogr.)
- URIBURU J.- Eclatement simultané de la rate et du rein gauche. Splénectomie et suture rénale.- Prensa méd.argent. 14 Jan. 1949, 36, n°2, 68-74, 9 fig.
- VERGOZ & MINICONI.- Deux observations de rupture de la rate:l'une spontanée sur rate paludéenne, l'autre traumatisée retardée au cours d'une cure chirurgicale de hernie inguinale.- Mém.Acad.Chir. 28 Mai- 4 Juin 1952, 78, n° 18-19, 526-528.
- VILLAMIL E.- GAMBARINI A.J. & GAMBARINI A.S.- Rupture de la rate. Etude statistique de 16 cas.- Prensa Méd.Argent. 16 août 1957, 44, n° 33, 2562-2565.
- VILLAR & CONARDEAU.- Les ruptures traumatiques de la rate,( à propos de 14 Observations). Bordeaux chir. Avr.1958, 2, 99-104.
- WALDMAN S.- Rupture d'une rate normale chez un enfant à la suite d'un traumatisme anodin en apparence.- Arch of Ped. Août 1947, 64, n° 8. 411-416 (Bibliogr.)
- WANG C.C. & ROBBINS L.L.- Le diagnostic radiologique de la rupture de la rate.- New-England J.Méd. 8 Mars 1956; 254, n°10 445-449, 8 fig. (Bibliogr.)
- WAUG R.L. & PRIOR J A.- Rupture traumatique de la rate avec hémorragie tardive, état se présentant comme complication des fractures costales. Relation de 2 cas.- Surgery,Juil. 1943, 14, n°1, 125-133.
- WILSON R.K.- La rupture traumatique de la rate normale chez l'enfant.- Lancet.12 Sept.1953, 265, n°6785, 544-545 (Bibliogr.)
- WIRJEKOVSKAIA M-F.- Radiodiagnostic clinique de la rupture de la rate et de ses complications.- Klinikcheskaia (Moscou)1959 37, n°11. 104-112, 6 fig. (Bibliogr.)
- WISE W-D.- Transplantation péritonéale multiple de tissu splénique après rupture traumatique de la rate.- Surg.Gyn.Obst Avril 1953, 96, n°4, 427-429. (Bibliogr.)

WOSKRESSENSKY N.W. - Hémorragies secondaires en cas de rupture de la rate. Khirourgilia (russe) 1955, n°3, 38-39.

WRIGHT L.T. & PRIGOT A.- Rupture sous-cutané• traumatique de la rate normale.- Arch.Surg. Oct.1939, 32, n°4. 551-576.

WUSEKE P.- A propos de l'origine de la rupture traumatique en deux temps de la rate saine.- Chirurg, Août 1949, 20, n° 8, 422-426 (Bibliogr.)

WYMAN A.C.- Rupture traumatique de la rate.- Am.J.Roentg.Juil.1954  
n° 1, 51-63.

m m m m m m m m m m m m m m m m m m m m m m m m m m m m

P L A N  
mmmmmmmmmmmmmmmm

- I. Introduction
- II. Observations
- III. Analyse des observations
  - Etiologie: Age, Sexe;  
Nature;  
Localisation du traumatisme  
Importance.
  - Anatomo-pathologie
  - Lésions associées.
- IV. Symptomatologie
  - Formes primitives
  - Formes retardées
- V. Diagnostic et classification des formes cliniques
- VI. Traitement
- VII. Anesthésie, Réanimation.
- VIII. Evolution.
- IX. Séquelles et incidence médico-légale.
- X. Conclusions.
- XI. Bibliographie.

L'observation 1 nous a été confiée par le Dr ROGNON.

Les observations 3, 4, 13 nous ont été confiées par le Dr DOUESNEAU.

Nous leur en témoignons ici notre reconnaissance.

